

FREIE MUSIKIMPROVISATION MIT SCHIZOPHRENEN PATIENTEN

**- Kontrollierte Studie zur Untersuchung
der therapeutischen Wirkung -**

Uta Barbara Elz

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

FREIE MUSIKIMPROVISATION MIT SCHIZOPHRENEN PATIENTEN

- Kontrollierte Studie zur Untersuchung der therapeutischen Wirkung -

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Uta Barbara Elz

aus
München
München 1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. Dr. W. Bender

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 06.05.1986

Herrn Professor H. Hippus danke ich für die Überlassung des Themas.

Besonderen Dank schulde ich Herrn Dr. Dr. W. Bender, dessen fachkundige Betreuung in Planung, Organisation und Auswertung der Studie eine wesentliche Hilfe darstellte.

Zu großem Dank bin ich Herrn Dr. H. Pfeiffer und Herrn S. Wunderlich verpflichtet, die an der Entwicklung und Durchführung der vorliegenden Untersuchung maßgeblich beteiligt waren.

Weiterhin danke ich Herrn Dr. B. Horn, der eine wöchentliche Supervision unserer Tätigkeit in Form eines Balint-Gesprächs ermöglichte.

Ganz besonders möchte ich den Patienten danken für ihre Bereitschaft, an dieser Studie teilzunehmen.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. <u>Einleitung</u>	1
1.1 Psychotherapeutische Behandlung schizophrener Patienten	1
1.2 Zur Geschichte der Musiktherapie	4
1.3 Allgemeine therapeutische Wirkungen der Musik	5
1.4 Musiktherapie in der Gruppe	7
1.5 Musiktherapie mit schizophrenen Patienten	8
1.6 Ziel der Studie	10
2. <u>Methodik</u>	11
2.1 Zusammenstellung der Patienten	11
2.2 Die Patientenstichprobe	12
2.2.1 Begleitende Therapien der Musiktherapie- patienten	13
2.3 Die Kontrollgruppe	13
2.3.1 Begleitende Therapien der Kontrollgruppe	14
2.4 Zeitplan der Untersuchungen	19
2.5 Die Untersuchungsinstrumente	21
2.5.1 Der IMPS (Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale) M. LORR und D.M. McNAIR (1966)	21
2.5.2 FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) J. FAHRENBERG, H. SELG, R. HAMPL (1978)	22
2.5.3 SAF (Sozialer Anpassungsfragebogen) M.M. WEISSMANN und S. BOTHWELL (1976)	23
2.5.4 Freizeitbogen	24
2.5.5 VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens) M. ZIELKE und C. KOPF- MEHNERT (1978)	24
2.5.6 KASSL (Kieler Änderungssensitive Symptom- liste) M. ZIELKE (1979)	24
2.5.7 Therapiezielkontrollbogen	25
2.5.8 Dokumentation	25
2.6 Durchführung der Therapie	25

	Seite
2.6.1 Aufgabenwahrnehmung der Therapeuten	28
3. <u>Ergebnisse</u>	29
3.1 Fehlzeiten	29
3.2 Drop-outs	29
3.3 Krisenintervention	29
3.4 Sekundärer Alkoholmißbrauch	30
3.5 Auswirkung der Tonbandaufnahme auf die Patienten	30
3.6 Untersuchungsergebnisse der Therapiegruppe während der Therapie und beim Follow-up	31
3.6.1 IMPS	31
3.6.2 FPI	31
3.6.3 SAF	32
3.6.4 Freizeitbogen	32
3.6.5 VEV	32
3.6.6 KASSL	32
3.6.7 Therapiezielkontrollbogen	33
3.7 Untersuchungsergebnisse der Kontrollgruppe während sechs Monaten und Vergleich mit der Therapiegruppe	34
3.7.1 IMPS	34
3.7.2 FPI	34
3.7.3 SAF	35
3.7.4 Freizeitbogen	35
3.7.5 VEV	35
3.7.6 KASSL	35
3.7.7 Therapiezielkontrollbogen	36
3.8 Daten bezüglich Sozial- und Arbeitssituation, Medikamenteneinnahme und Krankheitsverlauf	41
3.8.1 Soziale Situation der Musikgruppe im Verlauf	41
3.8.2 Soziale Situation der Kontrollgruppe im Verlauf	41
3.8.3 Arbeitssituation der Musikgruppe	41
3.8.4 Arbeitssituation der Kontrollgruppe	41
3.8.5 Medikamenteneinnahme und Krankheitsentwicklung in der Musikgruppe	42
3.8.6 Medikamenteneinnahme und Krankheitsentwicklung in der Kontrollgruppe	42

	Seite
3.9	Musikalische Entwicklung im Gruppenverlauf
3.10	Gruppendynamische Entwicklung
3.11	Darstellung zur Verdeutlichung des Ablaufs der 20. Therapiesitzung anhand einer Tonband- aufzeichnung
4.	<u>Diskussion</u>
5.	<u>Zusammenfassung</u>
6.	<u>Literaturverzeichnis</u>

1. EINLEITUNG

1.1 Psychotherapeutische Behandlung schizophrener Patienten

In den vergangenen Jahren ist die psychotherapeutische Zusatzbehandlung schizophrener Patienten zu einem wichtigen Bestandteil des Betreuungskonzeptes geworden. Noch vor etwa 20 Jahren war es üblich, psychotische Patienten rein medikamentös zu behandeln. Die sich in jenen Jahren entwickelnde Psychoanalyse hatte in den zwanziger Jahren eine Behandlung schizophrener Patienten zunächst wegen mangelnder Übertragungsfähigkeit abgelehnt. Erst um 1940 begannen einzelne Schüler Freuds (Federn, Klein, Fromm-Reichmann) in therapeutischen Einzelsitzungen wenige bevorzugte Patienten psychoanalytisch zu behandeln. Jedoch, ihre Bemühungen blieben zunächst die Ausnahme. Unter der Annahme einer quasi organischen Krankheitsursache galt es, in den meisten Krankenhäusern, möglichst rasch die psychopathologischen Auffälligkeiten der akut Erkrankten durch Psychopharmaka zu beseitigen. Auf die sogenannte "Plussymptomatik", die sich in Denkstörungen, Halluzinationen und affektiven Entgleisungen äußerte, hatte diese Behandlung einen günstigen Einfluß. Die Kranken konnten schneller entlassen werden, mußten jedoch auch häufig wieder aufgenommen werden. Es entstand der Begriff der "Drehtürpsychiatrie". Außerdem stabilisierten sich viele Patienten nicht soweit, daß eine Entlassung gerechtfertigt erschien. Die Bezirks- und Landeskrankenhäuser wurden dadurch für sogenannte chronisch-schizophrene Patienten zum Dauerheim. Die "Minussymptomatik", die sich in allgemeiner Interesselosigkeit, geistiger und gefühlshafter Verflachung und verstärktem Rückzugsstreben äußert, erwies sich als therapieresistent. Die Langzeitfolgen der Psychopharmakatherapie, u.a. dyskinetische Spätkomplikationen, machten deshalb eine Neuorientierung bei der Behandlung schizophrener Patienten, wollte man nicht einem therapeutischen Nihilismus verfallen, notwendig.

Während die klassisch analytische Betreuung dieser Patientengruppe weiterhin die Ausnahme bleibt, erhält die Psychotherapie als zusätzlicher Behandlungsfaktor eine zunehmende Bedeutung. Ausgehend von einer multifaktoriellen Krankheitsverursachung, in der organische, soziale und psychologische Faktoren zusammenwirken, scheint heute eine kombinierte Therapie von Psychopharmaka und Psychotherapie erstrebenswert.

Weiterhin stellen Psychopharmaka zur Akutbehandlung, als auch zur Langzeitprophylaxe, eine wichtige Therapie bei Schizophrenen dar. LEFF und WING (1971) zeigen in einer kontrollierten Studie, daß die Rückfallquote einer medikamentös behandelten Gruppe bei 33%, die der Placebo-Gruppe bei 83% liegt, bezogen auf eine Katamnese von einem Jahr. MAY und SIMPSON (1984) stellen fest, daß die kombinierte Behandlung von Psychopharmaka mit Psychotherapie bei ambulanten Patienten der alleinigen Psychopharmakabehandlung, in Bezug auf Rückfallverhinderung und psychopathologischer Symptomverbesserung, überlegen ist. "Psychotherapie mit ambulanten Patienten scheint insbesondere hilfreich zu sein, wenn sie auf emotionale Unterstützung und Rehabilitation gerichtet ist, weniger dagegen, wenn sie auf Einsichtsvermittlung und tiefenpsychologisches Verstehen hinarbeitet." Diese Autoren halten Psychotherapie bei dem entlassenen Patienten für notwendig "um ihn bei der Bewältigung der realen Lebensprobleme in Familie, Beruf und sozialem Umfeld zu helfen, die ihm schon vor der Erkrankung zugesetzt und diese möglicherweise ausgelöst haben."

Auch HOGARTY et al. (1974) weisen in verschiedenen Studien darauf hin, daß eine Kombination von Medikamenten und, im weitesten Sinn des Wortes, "Soziotherapie" oder "Psychotherapie", der beste Schutz vor einem Rückfall ist. Solche Zusatztherapie sollte allerdings erst nach Rückbildung der Akutsymptomatik erfolgen, da sie sonst eine Überforderung des Patienten darstellt und einem verlängertem Krankheitsverlauf Vorschub leiste (GOLDBERG, SCHOOLER, HOGARTY, 1977). BENDER (1985) schreibt, daß "bisweilen auch psychotherapeutisch-psychagogische Bemühungen oder zumindest doch psycho-

therapeutische Interventionstechniken notwendig sind, um den Patienten zur Mitarbeit an einer sinnvollen und notwendigen Pharmakotherapie zu führen. Hier muß beachtet werden, daß gerade Psychose-Patienten auf Grund mangelnden Krankheitsgefühls oder Krankheitseinsicht auch eine mangelnde Bereitschaft haben, notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu folgen." BATTEGAY et. al. (1978) beschreiben, daß Schizophrene, die medikamentös und gruppentherapeutisch behandelt werden, eine verringerte Gesamtklinikverweildauer haben, ebenfalls verringere sich die Zahl der Klinikaufnahmen pro Jahr.

Als Ansatzpunkte und Ziele einer Psychotherapie bei schizophrenen Patienten sieht BENDER (1985) folgende Punkte:

1) Man könne neurotische Störungen beim Patienten behandeln, die nach völligem Abklingen der Plussymptomatik übrigbleibend das Bild bestimmen. Allerdings sei, auf Grund seiner erhöhten Vulnerabilität, der Psychose-Patient nicht dem Neurose-Patienten gleichzusetzen.

2) Psychotherapie könne zur Verarbeitung des Traumas der Psychose eingesetzt werden, um die psychotischen Störungen des schizophrenen Patienten in ihrer tiefenpsychologischen und lebensgeschichtlichen Perspektive zur verstehen und zu beantworten.

3) Die Bearbeitung der durch die Psychose sekundär entstandenen psychosozialen Probleme könne Ziel sein, um fehlende bzw. verlorengegangene soziale Kompetenz einzuüben.

Nicht nur aus ökonomischen Erwägungen ist die Gruppentherapie einer Einzeltherapie vorzuziehen. Wie HERZ et al. (1974) in ihrer Untersuchung über Gruppen-versus Einzeltherapie belegen, wird die Gruppentherapie von Patienten und von den Therapeuten positiver erlebt. Wichtig ist die Dauer der Therapie: SCHWARZ et. al. (1981) betonen, daß sich Schizophrene, die länger als 15 Monate behandelt wurden, in ihrer Symptomatologie und Arbeitsfähigkeit häufiger verbesserten, als die kürzer Behandelten. Gruppenformen umfassen psychodynamische Gruppen, stützende Gruppen, Aktivitätsgruppen etc. Entlassene Patienten, die auf sich

allein gestellt, mit ihrer Krankheit und deren Folgen schlecht umgehen können, erhalten inzwischen eine psychosoziale Nachsorge, in Übergangseinrichtungen und in ambulanten Gruppentherapien. Ziel ist es, die Entlassung der Patienten aus der Klinik zu beschleunigen, das Intervall bis zur nächsten Aufnahme zu verlängern, und auch möglichst Hospitalisierungsschäden vorzubeugen. Sicher ist allen Psychotherapieformen eines gemeinsam: eine stützende, warme Atmosphäre, in der der Einzelne "er selbst sein kann".

LUBORSKY et. al. (1975) konnten feststellen, daß untersuchte Patienten von den verschiedenen Therapieformen nur insignifikant unterschiedlich profitierten.

1.2 Zur Geschichte der Musiktherapie

Über die heilsame Wirkung der Musik bestehen wohl Erfahrungen, die weit in die Menschheitsgeschichte zurückreichen. Wie GOODMAN (1981) in ihrem aufschlußreichen Artikel schreibt, leitete zu Urzeiten ein Magier Heilungsriten, die aus Musik, Rhythmen, Liedern und Tänzen bestanden. Später fand eine Verschiebung von magischer Heilung durch Musik zu Gunsten religiöser Heilung durch Musik statt, wobei Musik jeweils als ein Mittel eingesetzt wurde, um die angenommenen Krankheitsquellen direkt zu beeinflussen. Daß die Kraft der Musik unmittelbar die Psyche oder den Körper eines Menschen zu berühren vermochte, wurde damals wenig beachtet.

Im antiken Griechenland schreibt GOODMAN weiter, waren die Auffassungen über eine "Musiktherapie" geteilt. In über 400 Tempeln bestand die Krankheitstherapie aus einem festgelegten Ritual. Die Kranken wurden gereinigt, erhielten eine besondere Diät und wurden in den Schlaf versetzt. Wichtiger Bestandteil dieser Therapie war eine "Backgroundmusik", um die Traum- und Schlafphase anzuregen. Zur gleichen Zeit entwickelten Philosophen rational-wissenschaftliche Theorien über Musik und Medizin. So erkannte Aristoteles die kathartische Wirkung der Musik, die zur Läuterung der Gefühle des Hörers führte, und zur Wiederherstellung seiner harmonischen Verfassung beitrug. Plato beschrieb,

wie Instrumente und Rhythmen die menschliche Seele beeinflussen konnten. Im frühen Mittelalter fand in der arabischen Welt eine ähnliche Entwicklung statt. In den arabisch-hebräischen Schriften wird erwähnt, daß Musiker herbeigerufen wurden, die Leiden der Kranken zu lindern.

Schon in der Bibel findet sich ein Hinweis zur therapeutischen Wirkung der Musik. Das Zitat (A.T. I Samuel 16:23) bezieht sich auf das Harfenspiel Davids vor dem König Saul: "Wenn nun der Geist Gottes über Saul kam, so nahm David die Harfe und spielte mit seiner Hand; so erquickte sich Saul, und ward besser mit ihm, und der böse Geist wich von ihm". Im mittelalterlichen Europa hingegen dominierte die Auffassung, daß psychisch Kranke böseartig seien und deshalb bestraft werden müßten. An eine Behandlung dachte man nicht.

Erst in der Neuzeit, nach dem II. Weltkrieg, entwickelte sich die Musiktherapie zu einer Disziplin mit eigenen Instituten. 1950 wurde in den USA die "National Association of Music Therapy" gegründet, 1958 in England die "British Society for Music Therapy".

1.3 Allgemeine therapeutische Wirkungen der Musik

Nach J. ALVIN (1984) ist Musiktherapie "die kontrollierte Anwendung von Musik in der Behandlung, Rehabilitation, Erziehung und Förderung von Kindern und Erwachsenen, die an körperlichen, geistigen oder seelischen Störungen leiden. Da die Musik hierbei nicht Selbstzweck ist, hängt ihr Heilwert nicht unbedingt von ihrer Art oder dem Standard der Ausführung ab".

Zu unterscheiden ist zwischen aktiver und passiver Musiktherapie, die beide therapeutische Möglichkeiten beinhalten. Ebenfalls zu unterscheiden ist zwischen Einzel- und Gruppentherapie. Die Musik beeinflußt die Psyche, sowohl als auch den Körper des Teilnehmenden. Meßbare Veränderungen an Kreislauf, Atmung und Endokrinum sind registrierbar.

Das entscheidende Moment der Musik als therapeutisches Agens dürfte in ihrer Sprachfreiheit und damit sprachunabhängiger Universalität liegen. Dadurch können für den Einzelnen nicht direkt faßbare innere Bereiche spürbar werden: Gefühle, Erlebnisse und Stimmungen werden authentisch ausgedrückt. Gefühle werden erweckt, um wiedererlebt und erhellt zu werden. Nach W.W. SEARS (1968) eignet sich die therapeutische Nutzung von Musik deshalb, weil sie im musizierenden Patienten unterschiedliche Gefühlszustände hervorruft, aber gleichzeitig ein realitätsgerechtes Verhalten, entsprechend den zeitlichen und örtlichen Gegebenheiten, verlangt. Dem Musizierenden werden Gefühle erlebbarer, während die Realität des Moments weiter bestehen bleibt und die soziale Kontrolle nicht entfällt. Gesunde Kräfte werden durch das kreative, zweckfreie Gestalten zur eigenen Freude im Patienten entbunden und gefördert. Indem sich elementare, reiche Gestaltungskräfte entfalten, kann die Musik eine karthatische, ordnende Wirkung haben (OSWALD, 1965), Spannungen können auf lustvolle Weise gelöst werden. Über die objektbezogene Tätigkeit wird eine "Ich-Stärkung" angestrebt, "indem ich tätig werde, stabilisiere ich mich selbst" (SCHWABE, 1983). Nach GOODMAN (1981) ist es Absicht der Musiktherapie, eine musikalische Aktivität zu fördern, zu strukturieren und zu entwickeln, die es möglich macht, die affektiven, kognitiven, kommunikativen und motorischen Bedürfnisse der Musizierenden zu integrieren. Die musikalische und verbale Kommunikation mit dem Therapeuten bewirke Veränderung und Wachstum, die sich in außermusikalischen Zielbereichen manifestiert.

Wiewohl Musiktherapie zunächst ein nonverbales Geschehen ist, kann sie dazu dienen, gruppentherapeutische Gespräche möglich zu machen. In der Therapie empfindet der Einzelne Schwierigkeiten und Probleme, die Aufklärung über sein Gesamtleben geben, und über die er in einem anschließenden Gespräch gelöster und vertrauensvoller sprechen kann. Jedoch haben solche Gespräche nur begleitenden Wert, die wesentliche Therapie liegt in der Musik.

1.4 Musiktherapie in der Gruppe

Gerade psychiatrische Patienten neigen dazu, sich in die Isolation zurückzuziehen, wodurch ihre Wünsche nach zwischenmenschlichem Kontakt realitätsfremder und angstbesetzter erlebt werden. Je stärker der Rückzug, umso schwieriger wird es die Hemmschwelle zur Außenwelt zu überwinden. Neben einer Vereinsamung, führt dieses Verhalten auch zu Schwierigkeiten eine Arbeit aufzunehmen, bzw. eine feste Arbeit aufrechtzuhalten. Es entsteht ein Circulus vitiosus: aus der unkreativen, abgekapselten Beschäftigung mit sich und seinen Symptomen, verschärft sich der Leidensdruck des Patienten, und eine neue Einweisung in die Klinik wird notwendig. Gerade wegen des sozialen kommunikativen Aspekts ist deshalb für viele Patienten eine Gruppentherapie sinnvoll.

Musiktherapie erscheint in der Gruppe als besonders geeignet, ist doch auch für den Gesunden, Musik oft ein verbindendes Erlebnis. Die individuelle Ausdrucksfreiheit durch Musik ist innerhalb einer Gruppe möglich. Die Patienten musizieren gemeinsam mit den Therapeuten, es entstehen Beziehungen zu den Mitpatienten, als auch zu den Therapeuten und der Musik. Jeder trägt seinen musikalischen Teil zum Gesamtwerk bei, erlebt sich dadurch als produktiv, wichtig und angenommen. Soziale Verhaltensweisen, Toleranz und Kritikakzeptanz werden gefördert. In der aktiven Musiktherapie entsteht für alle Beteiligten ein hörbares Resultat, das Freude und Stolz vermittelt und das Gefühl der Zusammengehörigkeit stärkt. In der Gruppe dient Musik der "symbolischen Kommunikation", sie wirkt interaktionell und kommunikativ. Der Patient kann sich selbst und seine Beziehung zu anderen entdecken (M. NAUMBURG, 1966). Beziehungsmuster, die sich in dem gemeinsamen Musikspiel ausdrücken, werden dem Einzelnen emotional erlebbar. Veränderungen können musikalisch, spielerisch-experimentell ausprobiert werden. Das Ergebnis ist für jeden sofort hörbar. Sprachliche Verarbeitung des Geschehens ist zumindest im Anfangsstadium nicht notwendig,

wird aber leichter möglich, wenn ein hinreichendes, gegenseitiges Vertrauen, gefördert durch die Arbeit am gemeinsamen Werk, entstanden ist. Ausreichend ist im Gespräch die Bearbeitung momentaner Konflikte, die sich auf das Musizieren beziehen. Spielt z.B. einer zu laut, kann er nach Ermahnung durch die anderen, je nach Lust, ein "Leise-Spielen" ausprobieren, und verändert dadurch im gegebenen Moment sein Handeln. Dabei ist das musikalische Endprodukt nicht entscheidend, wichtig ist das gemeinsame Handeln, das therapeutische Geschehen.

"Das gemeinsame Musizieren ist eine ständige Übung der Selbstbehauptung und stabilisiert die Individuation. Es ist ein Spiel der Annäherung und Abgrenzung, Nähe und Distanz, ein Folgen und Führen, sich dem Rhythmus des anderen überlassen und wieder seinen eigenen herstellen". (P.L. JANSSEN, 1982)

In einer Untersuchung von L. CURIC (1981) im Rehabilitationsprogramm am Berliner Rot-Kreuz-Institut, stellte dieser eine signifikant positive Veränderung der Musiktherapiegruppe in der Arbeitseffektivität und in sozialer Verbundenheit fest. Auch andere Autoren (MÉSCHEDÉ, BENDER, PFEIFFER, 1983) (GILLERT, 1965) berichten über positive Ergebnisse mit Patienten. Insgesamt aber ist das Wissen über musikalische Gruppentherapie spärlich.

1.5 Musiktherapie mit schizophrenen Patienten

In der musiktherapeutischen Literatur finden sich einige Hinweise und Praxisberichte zur Therapie schizophrener Patienten mit unterschiedlichen musiktherapeutischen Methoden (A. CANEVARO, 1981; J. KNEUTGEN, 1974; M. PRIESTLY, 1980; R. SCHMUTTERMAYER, 1980; L. WDOVIK, 1975). Die Spannbreite der angewandten aktiven oder rezeptiven Therapieform reicht vom Hören und Reproduzieren notierter Musik (C. BRASWELL, J.B. BUTTRAM et alii, 1970; M.D. CASSITY, 1976; C.W. SCHNEIDER, 1961; A. DARBES, D. SHRIFT, 1957), bis zur freien Improvisation (G.HENGESCH, 1974; S. MAYR, 1975; A. SCHMÖLZ, 1974; R. PRIESTLY, 1979; H. WILLMS, 1975).

Schizophrenen Patienten gelingt es nur schwer, sich sprachlich zu artikulieren. Mehr als andere Patienten ziehen sie sich in eine Welt des Mißtrauens und der Isolation zurück und wirken dadurch oftmals defektüöser als sie es nach ausreichender Zuwendung und Stimulierung tatsächlich sind. Deshalb scheint eine nicht-sprachlich orientierte Therapie für diese Patienten besonders geeignet. Sie können in einem vorgegebenen Raum miteinander handeln und kommunizieren, ohne daß Sprache zunächst verlangt wird. Über eine Reaktivierung gefühlshafter Momente und dem durch das gemeinsame Musizieren geförderte Miteinander-in-Beziehung-Treten, können auf indirektem Weg psychopathologische Symptome, die sich in Antriebslosigkeit, affektiver Verflachung und mangelndem Realitätssinn äußern, beeinflußt werden. Das Musizieren macht Spaß, verlangt Aktivität, stellt einen Bezug zu anderen her. Durch den vom Therapeuten bestimmten äußeren Rahmen, wird die konkrete Realität deutlich.

Nach einer achtmonatigen Therapie mit chronisch Schizophrenen stellte OSWALD (1965) eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit und eine emotionale Auflockerung ihrer Patientengruppe fest. Ähnliche Beobachtungen machten SHATIN et al. (1961). Bisher gibt es nur wenig kontrollierte Studien über Musiktherapie mit Schizophrenen.

1.6 Ziel der Studie

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die therapeutische Wirksamkeit einer aktiven Musik-Improvisationsgruppe möglichst unspezifischen Aufbaus an schizophrenen Patienten zu untersuchen. Als Vergleichskollektiv dienten parallelierte Patienten, die zu dieser Zeit an keiner Musiktherapie teilnahmen. Die Patienten waren nicht akut psychotisch.

Dabei wurden folgende Fragestellungen genauer behandelt:

- Hat die Musiktherapie einen Einfluß auf Sozial- und Freizeitverhalten der Beteiligten?
- Wird die Arbeitsfähigkeit günstig beeinflusst?
- Werden von den Patienten selbsterstellte Therapieziele erreicht?
- Beugt die Therapie während ihrer Dauer Rückfällen vor?
- Lassen sich Veränderungen von psychopathologischen Symptomen und pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen erfassen?
- Befriedigt die Therapie die unmittelbaren Bedürfnisse der Patienten nach Kontakt, Geborgenheit und Anregung?
- Bessert sich die Selbstbefindlichkeit des Einzelnen durch angstfreies Erleben von Gefühlen, Psychomotorik und Eigenwahrnehmung?
- Werden durch Erleben von Verhaltens- und Fehlverhaltensweisen unter Leitung der Therapeuten die Fremdwahrnehmung und das Gruppenverhalten gebessert?

Die Therapie fand über einen Zeitraum von sechs Monaten statt. Ein abschließendes Follow-up wurde sechs Monate nach Therapieende durchgeführt. Es nahmen insgesamt 16 Patienten an der Untersuchung teil.

2. METHODIK

2.1 Zusammenstellung der Patienten

Es handelt sich um eine kontrollierte Studie mit Therapie- und Wartegruppe. Ausgewählt wurden Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung unter einer der ICD-Diagnosen 295. in der Universitätsnervenklinik stationär behandelt wurden, nicht mehr akut psychotisch waren und bereits kurz vor der Entlassung standen. Je sechs Patienten waren bei Therapiebeginn, bzw. einen Monat danach, entlassen. Nach dem Untersuchungskonzept war vorgesehen, jeweils in Musik- und Wartegruppe acht, nach Alter, Syndrom und Diagnose parallelisierte Patienten aufzunehmen. Doch eine solche strenge Parallelisierung erwies sich sehr bald als nicht möglich, sollte das Projekt nicht scheitern. Der Großteil unserer Patienten kam aus der Universitätsnervenklinik München, in der chronisch schizophrene Patienten eine Minderheit darstellen. Auch lassen sich gerade schizophrene Patienten nur zögernd in eine unbekannte Situation ein. So konnte der Zeitpunkt der Entlassung nicht einheitlich bestimmt werden. Auch mußten 2 x 2 Patienten mit der Diagnose 295.7 (schizoaffektive Psychose) hinzugenommen werden und dreimal Patienten mit zusätzlichem Alkoholproblem. Voraussetzung für die Teilnahme an der Musiktherapie waren Psychotherapiewunsch, der Abschluß eines psychotherapeutischen Vertrags und ein Mindestmaß an Gruppenfähigkeit. Das notwendige Interesse für das musikalische Medium ohne spezielle Vorkenntnisse wurde in einem ausführlichen Eingangsinformationsgespräch geklärt. Die Patienten mußten regelmäßig an den Sitzungen teilnehmen und alle zwei Monate Testbögen ausfüllen. Die Aufteilung auf die Musik- und Wartegruppe, nach der Zusammenstellung der Gesamtgruppe, erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Nur in einem Fall wurden äußere Faktoren berücksichtigt (Wohnortwechsel). Den Patienten der Kontrollgruppe wurde eine anschließende Behandlung, die mittlerweile durchgeführt ist, zugesagt. Trotz Anfangsschwierigkeiten, die Motivationsgespräche mit

Stationsärzten und Patienten nötig machten, hatten wir nach sechs Wochen 16 Patienten gefunden, die gerne an dem Projekt teilnahmen.

2.2 Die Patientenstichprobe

An der Musiktherapiegruppe nahmen zunächst acht Patienten teil. Nach der vierten Sitzung brach eine Patientin im Rahmen einer durch äußere Umstände ausgelösten Exazerbation ihrer Psychose, die Therapie ab. Für diese Patientin wurde kein Ersatz aufgenommen. Die Gruppe blieb im Weiteren stabil.

Das Alter der Patienten lag zwischen 24 und 42 Jahren, das mittlere Alter betrug 32 Jahre. Alle sieben Patienten, vier Frauen und drei Männer, waren ledig. Sechs Patienten lebten alleine oder bei den Eltern in sozial geordneten Verhältnissen. Ein Patient wurde zunächst stationär in der Universitätsklinik betreut, konnte im Verlauf der Therapie in eine Übergangseinrichtung wechseln. Vier Patienten gingen einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nach, ein Patient machte eine Eurhythmieausbildung, eine andere Patientin hielt nur unregelmäßig Aushilfsarbeiten durch. Lediglich ein Patient hatte eine musikalische Vorbildung, eine andere Patientin hatte mit dem Gitarrenunterricht begonnen. Alle sieben Patienten litten an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Krankheitsdiagnosen lauteten:

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (ICD-Nr. 295.3)

Katatone Schizophrenie (ICD-Nr. 295.2)

Hebephrenie (ICD-Nr. 295.1)

Schizoaffektive Psychose (ICD-Nr. 295.7)

Sechs Patienten litten an ausgesprochen chronischen Verläufen, mit einem Durchschnittsbeginn der sechs Jahre zurück lag. Bei einer Patientin hatten während der letzten beiden Jahre zwei Krankheitsschübe stattgefunden.

Einen Monat nach Therapiebeginn waren fünf Patienten der Therapiegruppe entlassen. Zum Zeitpunkt des Untersuchungs-

beginns befanden sich alle Therapiemitglieder in stationärer bzw. ambulanter nervenärztlicher Kontrolle, außer einer Patientin, die wir vorübergehend selber betreuten. Die medikamentöse Therapie wurde weiterhin nach klinischen Erfordernissen durchgeführt. Regelmäßiger Kontakt mit dem betreuenden Arzt wurde aufgenommen. Bis auf eine Patientin erhielten alle Gruppenmitglieder Neuroleptika im Erhaltungsdosisbereich, zwei Patienten zusätzlich Antidepressiva.

2.2.1 Begleitende Therapien der Musiktherapiepatienten

Da der Leidensdruck auch nach der Remission bei den Patienten erheblich war und die Zuweisung der Patienten schwierig, mußten zusätzliche und anschließende Psychotherapien der Patienten von uns in Kauf genommen werden.

Eine Patientin nahm zwischen Gelegenheitsarbeiten unregelmäßig an der Arbeitstherapie der Universitätsklinik teil und besuchte wöchentlich den Patientenclub. Eine Patientin ging monatlich in die Selbsthilfegruppe "Emotions Anonymous". Ein Patient war bis zum 5.2.1981 in stationärer Klinikbehandlung und wurde von dort in ein Übergangsheim entlassen. In diesem wohnte er noch zu Therapieende. Vom 1.12.1980 bis 31.3.1981 wurde eine Patientin tagklinisch betreut und suchte danach wöchentlich den sozialpsychiatrischen Dienst ihrer Gemeinde auf. Ein weiterer Patient befand sich vom 27.10.1980 bis 29.5.1981 in der Tagklinik.

2.3 Die Kontrollgruppe

In dieser Gruppe befanden sich acht Patienten. Wegen einer erneuten Krankheitsexazerbation war einem Patienten die Teilnahme an der letzten Untersuchung nicht möglich. Zum Abschlußgespräch wurde er von uns im BKH Haar aufgesucht. Das Alter der Patienten in der Kontrollgruppe lag zwischen 22 und 43 Jahren, das mittlere Alter betrug 30 Jahre. Es handelte sich um vier Frauen, vier Männer. Bis auf eine Patientin waren alle ledig. Sie lebten allein oder bei den

Eltern. Drei waren zu Therapieanfang in stationärer Klinikbetreuung, bei Therapieende nur noch zwei. Zwei Patienten gingen einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nach, eine Patientin arbeitete aushilfsweise in ihrem erlernten Beruf, eine Patientin erlernte einen Beruf, die restlichen vier arbeiteten nicht. Die Krankheitsdiagnosen lauteten:

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (ICD-Nr. 295.3)

Hebephrenie (ICD-Nr. 295.1)

Schizoaffektive Psychose (ICD-Nr. 295.7)

Der Durchschnittsbeginn der Erkrankung lag fünf Jahre zurück. Die Patienten erhielten Neuroleptika im niedrigen Dosisbereich.

2.3.1 Begleitende Therapien der Kontrollgruppe

Ein Patient mußte im Februar 1981, er war am 29.1.1981 aus der Tagklinik entlassen worden, nach § 63 im BKH Haar aufgenommen werden. Eine Patientin wurde am 5.1.1981 aus der Universitätsklinik direkt in eine psychosomatische Klinik weiterverlegt. Eine Patientin suchte ab Dezember 1980 zweimal wöchentlich einen Gesprächspsychotherapeuten auf, ein Patient nahm wöchentlich an den Sitzungen einer Selbsthilfegruppe teil.

Tabelle 1:

Variablen der P A T I E N T E N, Musiktherapiegruppe

Therapiegruppe

Nr.	Alter	Geschl.	Syndrom, Verlauf, Diagnose	Medikation	Wohnung	Fam.-Stand, Arbeit	Betreuung
1	41	w	paranoid, chronisch seit 1984, ICD 295.3, 303	Imap 2 mg/ Woche	eigenes Appartement	ledig, Anwaltsgehilfin, seit '77 berentet, keine Zusatztätigkeit	ambulant, NA bis 12/80, dann Tagklinik
2	27	w	hebehren, seit 1972 ICD 295.1	2 ml Fluanxol Depot/ Woche	bei Eltern	ledig, Lehre abgebrochen, wechselnde Hilfstätigkeiten	ambulant, NA, Patientencлуб, Arbeitstherapie
3	27	m	paranoid-halluzinatorisch schubförmig seit 1973 ICD 295.3	3 ml Imap/ Woche	bei Eltern	ledig, Gymnasium abgebrochen, Wechsel der Ausbildung geplant	ab 24.10.'80 Tagklinik
4	34	m	paranoid-halluzinatorisch chronisch seit 1978 ICD 295.3, 303	Taxilan 400 mg/Tag	keine Wohnung	geschieden, Metzgereselle, krankgeschrieben seit 1 Jahr	vollstat. bis 5.2.'81, dann Tagklinik
5	29	w	nach 4 Std. abgebrochen im Rahmen eines Rückfalls, nicht gewertet				
6	31	w	stuporös, gehemmt-depressiv, phasisch seit 1970 ICD 295.7	Haldol 2 mg/Tag Akineton ret. 2 Drg/Tag, Saproten ret. 25 mg/Tag	eigene Wohnung	ledig, Studium abgebrochen, halbtags in Buchhandel	ambulant, NA, Selbsthilfegruppe Emotions anonymous

Forts. Tab. 1:

Nr.	Alter	Geschl.	Syndrom, Verlauf, Diagnose	Medikation	Wohnung	Fam.-Stand, Arbeit	Betreuung
7	23	w	stuporös, paranoid, Prodromi seit 1 1/1 Jhr., akut vor Aufnahme, ICD 295.2	Semap 1 Tablette/Wo. Tofranil 50 mg/Tag	bei Mutter	ledig, abgeschlossene Lehre, Arbeit bis Erkrankung	in eigener NÄ Betreuung
8	31	m	paranoid, ratlos-denkzerfahren, 1. Phase 1979, jetzt wieder akut, ICD 295.7, 303	Imap 2 ml/Wo. Taxilan 100 mg/Tag	eigene Wohnung	ledig, Angestellter, Arbeit bis zur Erkrankung	ambulant NÄ, Meditationsgruppe

Tabelle 2:

Variablen der P A T I E N T E N, Kontrollgruppe

Nr.	Alter	Geschl.	Syndrom, Verlauf, Diagnose	Medikation	Wohnung	Fam.-Stand, Arbeit	Betreuung
1a	38	m	paranoid, Beginn 1963, chronischer Verlauf seit 1972 ICD 295.3	Tavor 4 mg/Tag, Haldol 20 mg/Tag	bei Eltern ledig, ab 29.1.'81 BKH	ledig, Dipl.-Chemiker, seit '72 nicht gearbeitet	16.1.-29.1.'81 Tag-klinik, nach E stat. Beh., danach BKH § 63
2a	21	m	hebephren seit 1/2 Jahr ICD 295.1	Imap 3ml/Wo.	bei Eltern ledig, brochen	ledig, Lehre unterbrochen	ambulant NA
3a	24	w	paranoid-halluzinatorisch, seit 2/80 schubförmig-chronisch, ICD 295.3	Glianimon 6 mg/Tag Akineton ret. 2 Drg., Neurocil 100 mg/Tag	bei Eltern ledig	ledig, Studium abgebrochen, Dolmetscherschule	ambulant, NA unregelm. Familienbetreuung
4a	42	m	paranoid-halluzinatorisch, schubförmig-chronisch seit 1963. ICD 295.3	Haldol 4 mg/Tag	bei Eltern ledig	ledig, Bankangestellter, berentet	ambulant NA, Reha-gruppe
5a	29	m	paranoid-halluzinatorisch schubförmig-chronisch seit 1976, ICD 295.3	Dogmatil/Tag 200 mg Orap 1 mg	bei Eltern ledig	ledig, abgebrochenes Studium	vollstationär
6a	27	w	paranoid, ängstlich-depressiv Phasen 1977 u. '80 ICD 295.7	Lyogen 3 mg/Tag	bei Eltern ledig	ledig, Zahntechnikerin, Halbtagsarbeit	ambulant, NA unregelmäßig
7a	30	w	paranoid-halluzinatorisch seit Okt. '80 akut, ICD 295.3	Haldol 20 mg/Tag	eigene Wohnung m.Ehem.	verheiratet, keine Kinder, Fachhochschulabsbildung, während MT krank	ambulant NA, ab Dez.'80 Geraprie 2x/Wo.

Forts. Tab. 2:

Nr.	Alter	Geschl.	Syndrom, Verlauf, Diagnose	Medikation	Wohnung	Fam.-Stand, Arbeit	Betreuung
8a	22	w	depressiv-suicidal, phasisch seit '76. ICD 295.7	Saroten ret. 75 mg Abend, Quilonum ret. 1/2-0-1	bei Eltern	Abitur, Lehre abgebrochen, Umschulung geplant	verlegt aus Psych. Klinik in stat. Verh. Therapie am 5.1.'81

Durchschnittsalter: $\bar{x}$ (Therapiegruppe) = $\bar{x}$ (Wartegruppe) = 30 Jahre

Durchschnittliche Dauer der Erkrankung: $\bar{x}$ (Therapiegruppe) = 5,8 Jahre

$\bar{x}$ (Wartegruppe) = 6 Jahre

2.4 Zeitplan der Untersuchungen

Die Therapiedauer wurde auf sechs Monate festgelegt. An den Untersuchungen nahmen sowohl die Patienten der Musiktherapiegruppe als auch die der Kontrollgruppe teil. Untersuchungen erfolgten vor Beginn der Therapie, therapiebegleitend, nach Beendigung der Therapie und im Follow-up sechs Monate später. Am Follow-up waren nur die Patienten der Musikgruppe beteiligt.

Mit den Therapeuten formulierten die Patienten vor Therapieanfang ihre Therapieziele. Im Vergleich vorher / nachher wurden jeweils zu den einzelnen Sitzungen, und im Follow-up, auf einer 100-mm-Linie deren Erreichung eingeschätzt. Die Kontrollgruppe überprüfte ihre Ziele einmal zu Therapieende.

Als Testinstrumente vor der Therapie, zweimal im vierwöchigen Abstand während der Therapie und beim Follow-up wurden angewandt KASSL, SAF und ein Freizeitbogen.

Ferner wurde der VEV, zwei Monate nach Therapiebeginn einsetzend, zweimonatlich und im Follow-up eingesetzt.

Vor der Therapie, nach der Therapie und beim Follow-up füllten die Patienten das FPI aus.

In einem Interview wurde die Psychopathologie der Patienten mit dem IMPS durch Rater, die nicht an der Therapie beteiligt waren, zu Therapieanfang und -ende und im Follow-up erhoben.

Am Ende der Therapie und im Follow-up beurteilten die Patienten in einem offenen Gespräch mit den Therapeuten die Musiktherapie, ihre momentane Befindlichkeit und ihre Lebenssituation seit der Therapie.

Tabelle 3:

ZEITRAUM FÜR DIE ANWENDUNG DER MESSINSTRUMENTE

Therapieanfang	Therapieende				Follow-up
0	2	4	6	12	Monate
FPI			FPI	FPI	
LORR-SCALA			LORR-SCALA	LORR-SCALA	
	VEV	VEV	VEV	VEV	
KASSL	KASSL	KASSL	KASSL	KASSL	
SAS	SAS	SAS	SAS	SAS	
FREIZEITBOGEN	FREIZEITBOGEN	FREIZEITBOGEN	FREIZEITBOGEN	FREIZEITBOGEN	

Vor jeder Sitzung: Therapiezielkontrollbogen

Nach jeder Sitzung: Therapiezielkontrollbogen

In der Kontrollgruppe wurden keine Follow-up-Werte erhoben

2.5 Die Untersuchungsinstrumente

2.5.1 Der IMPS(Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale) M. LORR und D.M. McNAIR (1966)

Hierbei handelt es sich um eine multidimensionale psychiatrische Skala zum Gebrauch bei schweren Psychoneurotikern und Psychotikern. Zur differentialdiagnostischen Gültigkeit der deutschen Form siehe BENDER (1982). Das Verhalten des Probanden, in einem etwa dreiviertelstündigem Interview beobachtet, wird anhand von 89 Items auf einer Neun-Stufen-Skala festgehalten. Die Items werden 12 Syndromen zugeordnet, ihre Zahlenwerte werden pro Syndrom addiert. Mit Hilfe eines Auswertungsschlüssels werden die Gesamtwerte in vergleichbare Größen übersetzt. Die Psychopathologie wird somit quantitativ bewertbar. Als Vergleichsmaßstab dient das typische Verhalten eines normalen Individuums von vergleichbarem Alter, Geschlecht und sozialem Status.

Die Syndrome sind folgendermaßen benannt:

EXC- Manisches Syndrom	Prob. redet schnell, viel und laut, ist unkontrolliert, in gehobener Stimmung, überaktiv
HOS- Aggressive Gereiztheit	Prob. beschuldigt and., ist verbal feindselig, nörgelt, spricht mit Verachtung
PAR- Paranoides Syndrom	Prob. fühlt sich von fremden Kräften kontrolliert oder verfolgt
GRN- Größenwahn	Prob. fühlt sich überlegen, mit besonderen Kräften ausgestattet
PCP- Halluzinatorisches Syn.	Pat. hört ihn beschimpfende, drohende Stimmen, hat Visionen

INP- Depressives Syndrom	Prob. fühlt sich verzweifelt, depressiv, zwanghaft, interessellos, ist suizidal
RTD- Apathisches Syndrom	Prob. ist verlangsamt, ziellos, schlampig
DIS- Orientierungsstg.	Prob. ist nicht zur Person, Zeit oder Ort orientiert
MTR- Katatonies Syndrom	Prob. nimmt abnorme Stellungen ein, grimassiert, wiederholt sich
CNP- Formale Denkstg.	Prob. ist inkohärent, redet in Stereotypen und Neologismen
OBS- Phobisch-anankastisches Syndrom	Prob. vollführt Zwangshandlungen, leidet unter Phobien
IMP- Vitalstörungen	Prob. kann sich nicht konzentrieren, ist müde, desinteressiert

2.5.2 FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar)

J. FAHRENBURG, H. SELG, R. HAMPEL (1978)

Es handelt sich hier um einen mehrdimensionalen Persönlichkeitstest, dessen neun wichtigsten Dimensionen auf neun Skalen verteilt werden. Auf der Stanine-Skala wird ersichtlich, wo sich ein Patient im Vergleich zu seiner Referenzpopulation befindet. In 54% der Fälle, ausgehend von der Normalbevölkerung, sind Werte von vier, fünf oder sechs zu erwarten.

Verwendet wurde zu Therapieanfang die Halbform A, zu Therapieende die Halbform B, mit jeweils 114 Items. Im Follow-up wurde die Gesamtform, bestehend aus 212 Items, eingesetzt.

Beschreibung der Standardskalen:

FPI-1	Nervosität	Sie mißt das Ausmaß der körperlichen Affektresonanz und der Erlebnisaktualität von körperlichen Regulationen.
FPI-2	Aggressivität	Aggressionsneigung, Impulsivität, Selbstbeherrschung werden quantifiziert
FPI-3	Depressivität	Sie erfaßt Stimmungslage, Selbsteinschätzung und Zufriedenheit
FPI-4	Erregbarkeit	Sie schildert das Ausmaß an Reizbarkeit, Frustrationstoleranz, Impulsivität und Spontanität
FPI-5	Geselligkeit	Sie mißt Kontaktbedürfnis und Temperament
FPI-6	Gelassenheit	Selbstvertrauen, Belastbarkeit, Ausdauer und Entscheidungsfreude werden getestet
FPI-7	Dominanzstreben	Durchsetzungsvermögen, Selbstbehauptung und aggressive Behauptung der eigenen Interessen, bzw. Rücksichtnahme auf andere werden quantifiziert
FPI-8	Gehemtheit	Sie mißt das Ausmaß an Tatkraft und Schüchternheit
FPI-9	Offenheit	Die Offenheit wird geprüft

2.5.3 SAF (Sozialer Anpassungsfragebogen)

M.M. WEISSMANN und S. BOTHWELL (1976)

Der SAF ist ein Teil zur Prüfung des Sozialverhaltens. Er setzt sich zusammen aus Fragen zu den Bereichen beruflicher und wirtschaftlicher Situationen, Freizeitverhalten, Part-

nerschaft und familiäre Beziehungen. Er gibt Auskunft über Reaktionsweisen und Emotionen des Patienten innerhalb seines sozialen Gefüges.

2.5.4 Freizeitbogen

Auf diesem in zwei Bereiche unterteilten Bogen, geben die Patienten Aktivitäten des zurückliegenden Monats an. Es wurde die Freizeit außer Haus mit 14 Items, und die zu Haus mit 9 Items unterteilt. Einzelne Unternehmungen wurden nach Häufigkeit der Durchführung angegeben. Die Skala reichte von "nie" bis zu "fast täglich".

2.5.5 VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens) M. ZIELKE und C. KOPF-MEHNERT (1978)

Dieser Fragebogen erfaßt durch Verlaufsuntersuchungen Veränderungen von Persönlichkeitsvariablen, d.h., es handelt sich hierbei nicht um eine einmalige Registrierung von zeitstabilen Persönlichkeitscharakteristika. Der Patient erhält eine Liste mit 42 Items, anhand derer er die jeweils subjektiv wahrgenommenen Veränderungen der zurückliegenden zwei Monate quantitativ einschätzt. Es wird die Stärke und Richtung der Veränderungen im Erleben und Verhalten erfaßt. Dieser Bogen, ursprünglich für die Gesprächspsychotherapie konstruiert, erfaßt einen Faktor mit dem positiven Pol "Entspannung, Gelassenheit und Optimismus im Erleben und Verhalten" und reicht zum negativen Pol mit "Spannung, Unsicherheit und Pessimismus im Erleben und Verhalten".

2.5.6 KASSL (Kieler Änderungssensitive Symptomliste) M. ZIELKE (1979)

Dieser für Zuweisungsdiagnostik und Veränderungsdiagnostik im Rahmen einer Gesprächspsychotherapie entwickelte Fragebogen umfaßt die Skalen: soziale Kontaktstörungen, Verstimmungsstörungen, Berufsschwierigkeiten, Konzentrations- und Leistungsstörungen. Eine laufende Kontrolle therapeutischer

Effekte wird ermöglicht durch Feststellung signifikanter Veränderungen in diesen Bereichen.

Obwohl KASSL und VEV zur Beurteilung neurotischer Patienten während einer Gesprächspsychotherapie entwickelt wurden, scheinen sie grundsätzlich auch auf in Therapie befindliche schizophrene Patienten anwendbar. Psychotiker haben häufig neurotische Anteile und neigen zu neurotischer Verarbeitung ihrer Krankheitserlebnisse. Die sich daraus ergebenden Lebensschwierigkeiten ähneln denen neurotisch kranker Menschen.

2.5.7 Therapiezielkontrollbogen

Jeder Patient äußerte in einem Vorgespräch mehrere Ziele, die er hoffte, mit Hilfe der Therapie zu erreichen. Auf einer 100-mm-Linie wurden die Ziele eingeschätzt (0= nicht erreicht, 100= Therapieziel völlig erreicht).

2.5.8 Dokumentation

Die Dokumentation fand durch Tonbandaufzeichnungen und einem schriftlichen Protokoll nach halboffenem Schema statt. Die Patienten wurden qualitativ auf Erlebnisfähigkeit, Aktivität, Kooperation und Psychopathologie beurteilt.

2.6 Durchführung der Therapie

Im Zeitraum von Oktober 1980 bis April 1981 fanden jeden Mittwohabend 27 wöchentliche Therapiesitzungen zu je eineinhalb Stunden Dauer, statt. Die Therapie wurde in einem ca. 50 qm großen Raum im Dachgeschoß der Universitätsnervenklinik abgehalten. Durch die relative Entlegenheit des Raumes entstand bereits eine Gruppengeschlossenheit. Die Musik wurde in anderen Klinikräumen nicht gehört und die Patienten konnten fast unbeobachtet durch Stationspatienten, den Therapieraum erreichen. Anfänglich nämlich äußerten bereits entlassene Patienten Bedenken, die Klinik an die sich krankheitsbedingte Erinnerungen knüpften, wiederzubetreten. Der Sonderstatus aber, in einem unbekannten Raum zu musizieren,

dazu die bald einsetzende Freude an der Musik, ließ diese Ängste verfliegen. Zwischen den Sitzungen wurde der Raum, in dem sich zahlreiche Instrumente befanden, nur selten von anderen benutzt. Folgende Instrumente standen zur Verfügung: Perkussions- und Blasinstrumente sowie Klavier, Akkordeon, Elektrogitarre und Cello. Alle Instrumente waren von guter Qualität; einige wurden eigens für die Therapie angeschafft. Neben den Instrumenten konnten die Patienten ihren eigenen Körper einsetzen, d.h. singen, klatschen, etc.. Von diesen Möglichkeiten wurde allerdings wenig Gebrauch gemacht. Im Therapieraum befand sich ein großes Tonbandgerät und alle Sitzungen wurden in ihrer Gesamtheit aufgezeichnet. In einer Ecke wurden die Gruppengespräche geführt.

Die Musiktherapie wurde in Spiel- und Sprechphasen gegliedert. Zu Beginn der Stunde fanden sich Patienten und Therapeuten zu einem Einstimmungsgespräch zusammen. Es wurde kein Thema vorgegeben. Besprochen wurden anhaltende Eindrücke der letzten Stunde, musikalische Vorschläge und Wünsche, auch berichteten Patienten über persönliche, therapieferne Erlebnisse der vergangenen Woche. Kam das Gespräch zum Abschluß, standen Einzelne auf, suchten sich nach Belieben ein Instrument und begannen nach ihren Möglichkeiten zu spielen. Es dauerte nie lange, bis alle Gruppenmitglieder einschließlich Therapeuten, mitspielten. Dieser offene Spielanfang, der jedem Patienten die Entscheidung ließ, wann und womit er anfangen wollte, war nach ca. sechs Sitzungen üblich. Anfangs mußten die Therapeuten das Spiel beginnen, erst als diese die musikalische Führung zu übernehmen ablehnten, ergriffen die Patienten mutig die Initiative. Dieses Geschehen vollzog sich averbal, nie wurde eine Diskussion darüber notwendig, der Verlauf erschien allen selbstverständlich. Das erste Spiel dauerte ungefähr 30 bis 45 Minuten. Bis auf selbstgeäußerte Vorschläge der Patienten wurde stets frei improvisiert. Das musikalische Spiel wurde niemals von den Therapeuten strukturiert. Daß diese durch ihren eigenen Beitrag das musikalische Geschehen mitbeeinflußten, ist selbstverständlich. Bei den mangelnden musikalischen Vorkenntnissen

der Patienten schien die freie Improvisation der einfachste Weg zur aktiven Teilnahme, da kein Musikunterricht erfolgen sollte. Durch den dadurch bedingten Verzicht auf vorgegebenen Takt und Harmonie, geschah unmittelbares Umsetzen einfacher Merkmale: Instrumentenwahl, laut-leise, weich-hart, Wellenbewegungen etc... Meistens spielten alle bis zum Ende eines Stückes mit. Später, als die Mitglieder zunehmend gelöster und freier miteinander umgehen konnten, pausierten Einzelne und begannen nach Gutdünken wieder mitzuspielen. Zum Schluß bildeten sich oft Restgruppen mit Duos oder Trios. Erst wenn der Letzte das Spielen aufgab, meist ohne Absprache, und alle wieder im Kreis saßen, begann das Gespräch. Dieses wurde von den Therapeuten geleitet und strukturiert. Den Patienten fiel es vor allem am Therapieanfang schwer, den Übergang zur Sprache zu finden. Die Therapeuten achteten darauf, daß jeder zu folgenden Fragen Stellung nahm: "Wie war es? Was soll anders werden?" Es sollten Vorschläge zur Gestaltung der musikalischen Struktur und zur Integration der persönlichen Anliegen besprochen werden. Sowohl auf musikalischer als auch auf gruppendynamischer Ebene wurden Verhaltensweisen für ein weiteres Zusammenspiel erarbeitet. So konnte zum Beispiel ein sehr abseits musizierendes Mitglied durch Instrument- und Platzwechsel mehr in die Gruppe einbezogen werden. Solche Möglichkeiten wurden als Vorschlag, nicht als Direktive gegeben, tiefenpsychologische Deutungen seitens der Therapeuten fehlten. Wenn sich lebhaftes Gespräch ergaben, mußte das anschließende Spiel bedeutend kürzer ausfallen. Nach der letzten Spielphase setzte sich die Gruppe zu einem Abschlußgespräch zusammen, das sich aber aus Zeitgründen, oft auf kurze Kommentare beschränkte. Auch die Therapeuten mußten sich zur Musik und ihrem eigenen Erleben äußern.

Nach Ende der Sitzungen blieben die Therapeuten zurück, hörten sich am Tonband das Vorhergegangene an, um es nach musikalischen Momenten zu analysieren und schriftlich zu fixieren.

2.6.1 Aufgabenwahrnehmung der Therapeuten

Der Therapieansatz war naturgemäß interdisziplinär. Zwei Therapeuten leiteten die Gruppe, ein Arzt und ein Musiker. Der Arzt befand sich in psychiatrischer und psychotherapeutischer Weiterbildung und war Amateurmusiker; er erfaßte die psychiatrischen Merkmale der Patienten, ordnete diese ein und steuerte sie teilweise. Der Musiker, ein Konzertpianist mit langer therapeutischer Musikerfahrung, kümmerte sich weniger um die Krankheitssymptome der Patienten, sondern mehr um deren musikalisches Potential. Er förderte dieses, sprach die Patienten als gleichberechtigte Musizierende an und beschrieb den musikalischen Prozeß. Beide Therapeuten waren für den Ablauf der Sitzungen verantwortlich. Sie strukturierten die Gespräche und setzten musikalische Impulse, förderten das Durchhalten und intervenierten in Krisen. In ihrer Funktion wurden sie von den Patienten als gleichstark gesehen. Diese erlebten die Therapeutendualität positiv, da jeder sich den ihm näherstehenden Leiter als Hauptansprechpol zuwenden konnte.

Meine Aufgabe bestand darin, die Patientengruppe zusammenzustellen und die anfallenden Untersuchungen mit ihnen durchzuführen. Zusätzlich betreute ich die Gruppe in ihren außermusikalischen Bedürfnissen, nahm regelmäßig Kontakt zu den Angehörigen und betreuenden Ärzten auf, führte in Krisensituationen beratende und stützende Gespräche. Auch zu den Patienten der Kontrollgruppe bestand ein reger Kontakt. Diese riefen teilweise aus eigenem Antrieb die Referentin bei Problemen an. An den Gruppengesprächen beteiligte ich mich wie die Patienten, wirkte so beispielgebend und hatte keine leitende Rolle.

Die Supervision der Therapeuten wurde von einem Psychotherapeuten der Klinik in Form eines Balint-Gesprächs in einer wöchentlichen Sitzung durchgeführt.

3. ERGEBNISSE

3.1 Fehlzeiten

In 27 Wochen mit 27 Stunden lagen die Fehlzeiten zwischen Null und fünf Stunden mit einem Mittelwert von 2,4 pro Patient. Zwei Patienten fehlten jeweils fünfmal, wobei beide nur zweimal triftige Entschuldigungsgründe, wie Krankheit oder Umzug, angeben konnten. In diesen Fällen sagten sie vorher telefonisch ab. Sonst begründeten sie das Fernbleiben gar nicht, oder damit, keine Lust gehabt zu haben, den Termin vergessen zu haben, oder zu müde gewesen zu sein. In solchen Fällen wurden sie von der Referentin im Nachhinein angerufen. Keine Fehlzeiten wies nur ein Patient auf, die anderen konnten ihr Fehlen begründen und gaben rechtzeitig vorher Bescheid.

3.2 Drop-outs

Wie bereits erwähnt, brach nach der vierten Sitzung eine Patientin die Therapie ab. Sie war psychotisch dekompenziert, lehnte aber nach Besserung eine Rückkehr in die Gruppe ab. Die Musik hatte ihr nicht gefallen und sie glaubte, den Anschluß verpaßt zu haben. Für sie wurde kein Ersatz aufgenommen, die restlichen Mitglieder nahmen bis Therapieende an den Sitzungen teil.

3.3 Krisenintervention

Viermal waren Krisengespräche notwendig. Ein Patient wollte die Therapie abbrechen, nachdem er sich kurzzeitig einem fernöstlichen Meditationskreis angeschlossen hatte. Dieser Patient hatte insgesamt fünfmal gefehlt und wiederholt geäußert, die Musik sei ihm zu "chaotisch". In einem ausführlichen Einzelgespräch mit der Referentin wurden die Schwierigkeiten des Patienten erörtert, der sich dann entschloß, an den Sitzungen weiter teilzunehmen. Dreimal wurden mit anderen Patienten Gespräche außerhalb der Gruppe nötig,

deren Befinden sich kurzzeitig verschlechtert hatte. Ein kausaler Zusammenhang zur Therapiestunde bestand nicht. In allen drei Fällen wurden die betreuenden Nervenärzte benachrichtigt.

3.4 Sekundärer Alkoholmißbrauch

An der Musiktherapie nahmen zwei Männer und eine Frau teil, die zu Alkoholmißbrauch neigten. Ein Patient wurde ein Jahr nach Therapieanfang auf einer Suchtstation aufgenommen. Im Zeitraum der Musiktherapie war er "trocken" und gab uns nie Anlaß, an dieser Aussage zu zweifeln. Ein anderer Patient neigte bei Zustandsverschlechterung zum Trinken, erschien auch zweimal zur Therapie leicht angetrunken. Von einer Patientin vermuteten wir, daß sie weiterhin viel zu Hause trank, sie selber machte hierzu widersprüchliche Angaben.

3.5 Auswirkung der Tonbandaufnahme auf die Patienten

Im Vorgespräch war jedem Patienten erklärt worden, daß die Sitzungen auf Tonband verzeichnet würden. Alle erklärten sich damit einverstanden und wirkten auch in der Therapie nicht durch das laufende Gerät gestört oder gehemmt. Erst als sich ein mißtrauisch und aggressiv reagierender Patient kritisch äußerte ("Was wird eigentlich mit den Aufzeichnungen anschließend gemacht? Wer hört sie, warum?"), wollten auch die anderen sechs Patienten das Tonband nach Abschluß einer Stunde hören. Dieser Vorschlag war nicht von den Therapeuten gemacht worden, da sie fürchteten, der Höreffekt könne die Patienten in ihrer Spontanität beeinflussen. Die Musik entsprach als objektives Gebilde sicher nicht den gängigen musikalischen Normen, die auch den Patienten bekannt waren. Aus dem Therapiegeschehen gerissen, in dem die Teilnehmenden in ihrem unbewußten und zweckfreien Musizieren gefördert werden sollten, hätten sie möglicherweise auf das Tonband negativ reagieren können. Zu unserem Erstaunen war dies nicht der Fall. Die Patienten zeigten sich beim Hören gefaßt, beeindruckt und teilweise gelangweilt.

3.6 Untersuchungsergebnisse der Therapiegruppe während der Therapie und beim Follow-up

3.6.1 IMPS

Wir wählten diese Skala wegen ihrer Ausführlichkeit und der guten Abstufbarkeit der einzelnen Symptome und Syndrome. Die Zusammenfassung der 12 Syndrome zu einem Gesamtpsychopathologiescore ergibt keine signifikante Änderung zwischen Vorher, Nachher und Follow-up. In den einzelnen Syndromen bei einzelnen Patienten zeigen sich uneinheitliche, nicht aussagekräftige Fluktuationen.

3.6.2 FPI

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar zeigt sich unter der Therapie in acht Skalen eine Tendenz in Richtung Normwert, d.h. eine Besserung vorher abnormer oder grenzwertiger Skalen. (Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Extraversion, emotionale Labilität). Statistisch signifikant, auf dem 10%-Niveau, ist diese Beobachtung allerdings nur für die Dimension "Dominanzstreben". In der Skala "Gehemmtheit" findet keine Veränderung statt, in den Skalen "Offenheit" und "Erregbarkeit" geht die Tendenz vom Normwert fünf weg, wenn auch nicht statistisch signifikant.

Nach Therapieende beim Follow-up, tendieren in acht Skalen die Werte vom Normwert fünf weg (Aggressivität, Depressivität, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Offenheit, Extraversion, emotionale Labilität). Während der Therapie war bis auf die Dimension "Offenheit", in diesen Skalen eine Besserung eingetreten. In der Skala "Nervosität" geht die Tendenz in Richtung Normwert, für "Gehemmtheit" und "Erregbarkeit" ergeben sich keine Änderungen.

3.6.3 SAF

Für den Bereich Freizeit konnten genügend Meßwerte erhoben werden, während Fragen zur Arbeit und zur Familie in der Musik- und in der Kontrollgruppe nur unvollständig und unregelmäßig beantwortet werden konnten. Das mag daran liegen, daß viele der Patienten nur selten arbeiteten, unverheiratet waren und alleine lebten. Für das Freizeitverhalten ergibt sich zwischen Anfang der Therapie und Follow-up eine signifikante Verschlechterung auf dem 2%-Niveau. Es ist anzunehmen, daß mit Entfernung vom stationären Aufenthalt und nach Abschluß der wöchentlichen Zusammenkünfte die Aktivitäten und Kontakte der Patienten verarmten.

3.6.4 Freizeitbogen

Hier findet keine signifikante Veränderung statt, weder während der Therapie, noch im Vergleich Therapieanfang/ Follow-up.

3.6.5 VEV

Zwei der Patienten verbessern sich in jeder Untersuchung auf dem 0,1%-Niveau, zwei Patienten erleben signifikante Besserungen bei Therapieende auf dem 1%-Niveau. Bei drei Patienten bleibt das Befinden während der Therapie unverändert.

Im Follow-up bleibt die Befindlichkeit von vier Patienten gleich, zwei verschlechtern sich auf dem 1%-Niveau, bei einer Patientin hält die stetige Verbesserung an.

3.6.6 KASSL

Die Veränderungsmuster für jeden einzelnen Patienten sind sehr unterschiedlich. Wie beim VEV zeigen zwei der Patienten fast durchgängig positive Tendenzen, während bei zwei Patienten wenig Veränderungen registrierbar sind, zwei

Patienten eine durchgehende Verschlechterungstendenz aufweisen. Ein Patient schwankt zwischen Besserung und Verschlechterung. Die Einzelergebnisse von jedem Patienten wurden getrennt für jede Skala als Gruppenwert zusammengefaßt. Signifikante Veränderungen der Gruppenmittel im Verhältnis zum Ausgangsniveau zeigt die Grafik. Die Skalen "soziale Kontaktstörungen" und "Berufsschwierigkeiten" zeigen einen einheitlichen gleichbleibenden Verlauf innerhalb der ersten vier Monate. Nach vier Monaten setzt ein Abfall ein, der zum Follow-up die Nulllinie erreicht. In der Skala "Konzentrations- und Leistungsstörungen" findet in den ersten vier Monaten ein Abfall statt. Beim Erreichen eines mittleren Wertes bleibt die Kurve zwischen vier und sechs Monaten konstant, fällt dann bis zum Follow-up ebenfalls auf die Nulllinie ab. Hingegen weist die Achse "Verstimmungsstörungen" erst nach vier Monaten einen positiven Anstieg auf, der nach sechs Monaten seinen Maximalwert erreicht. Bis zum Follow-up findet eine Verschlechterung statt.

3.6.7 Therapiezielkontrollbogen

Die Ziele betrafen Kontaktfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Ausgeglichenheit:

- 1) Ausgeglichenener werden; Wut rauslassen
- 2) Entspannung; auf die anderen achten; Antrieb steigern; Lebensfreude
- 3) Fröhlicher werden; aufgeschlossener werden; Hemmungen verlieren
- 4) Kontaktfähiger werden; Gefühle besser ausdrücken
- 5) Weniger zerstreut sein; bessere Laune; bessere Konzentration; mehr Arbeitslust
- 6) Leistungsfähiger werden; widerstandsfähiger werden
- 7) Mehr auf Menschen eingehen; Gemeinschaftssinn; Kontakte knüpfen; zurückstecken in Gruppe

Bis zur 10. Musiksitzung, bei manchen Patienten bis zur 20. Sitzung, findet während der Stunde eine Verbesserung auf dem 0,1%-Niveau statt, meßbar über alle Stunden und Ziele. Danach wird eine Änderung innerhalb der Stunde seltener, der erlangte höhere Wert blieb zumeist konstant. Dies betraf die Einzelbeobachtungen zu Stundenanfang und zu Stundenende.

Im Follow-up fand ein Rückfall auf leicht erhöhte Ausgangswerte statt.

3.7 Untersuchungsergebnisse der Kontrollgruppe während sechs Monaten und Vergleiche mit der Therapiegruppe

3.7.1 IMPS

Wie bei der Therapiegruppe ergeben sich während der sechs Monate in der LORR-Scale keine signifikanten psychopathologischen Änderungen. Uneinheitliche Veränderungen einzelner Patienten in verschiedenen Syndromen wirken sich auf den Gruppenvergleich nicht aus, sind nicht signifikant.

3.7.2 FPI

Ein Patient füllte die Untersuchungsbögen einschließlich FPI, nur einmal aus. Er wurde in der Gesamtberechnung nicht berücksichtigt.

In der Kontrollgruppe zeigt sich in acht Skalen eine Tendenz in Richtung Normwert (Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Dominanzstreben), wobei diese Entwicklung für die Dimensionen "Aggressivität", "Erregbarkeit" und "Dominanzstreben" statistisch signifikant ist. In den Dimensionen "Offenheit" und "emotionale Labilität" ist eine Verschlechterung zu registrieren, für "emotionale Labilität" statistisch signifikant. In der Skala "Gelassenheit" findet keine Veränderung statt.

Im Gruppenvergleich wird deutlich, daß die Veränderungstendenzen in der Musikgruppe stärker positiv sind (9:6),

allerdings ist nur eine Veränderung statistisch signifikant. Die Kontrollgruppe weist drei signifikante Veränderungen auf. Eine statistisch signifikante Verschlechterung fand im Gegensatz zur Kontrollgruppe, in der Musikgruppe nicht statt.

3.7.3 SAF

In diesem Untersuchungsbogen ist für die Kontrollgruppe keine signifikante Änderung im Freizeitbereich zu verzeichnen. In der Musikgruppe war zwischen Therapieanfang und Follow-up eine signifikante Verschlechterung auf dem 2%-Niveau eingetreten.

3.7.4 Freizeitbogen

Wie für die Musikgruppe ist auch hier keine signifikante Veränderung für Zu- oder Abnahmen von Freizeitaktivitäten zu errechnen.

3.7.5 VEV

Vier Patienten zeigen auf dem 0,1%-Niveau Verbesserungen nach vier und sechs Monaten, eine Patientin zeigt nach sechs Monaten eine um 0,1% signifikante Verschlechterung, bei drei Patienten ist nach dem Halbjahr keine Veränderung zu verzeichnen.

Ein deutlicher Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppe ist nicht auszumachen.

3.7.6 KASSL

Die Anzahl der für die einzelnen Gruppenmitglieder bestimmten signifikanten Veränderungen bei Therapieende, ist gleich hoch wie in der Musikgruppe. Als Gruppenwert zusammengefaßt, erreicht die Wartegruppe nach vier Monaten einen Höchstpunkt der Verbesserung, der mit geringem Ab-

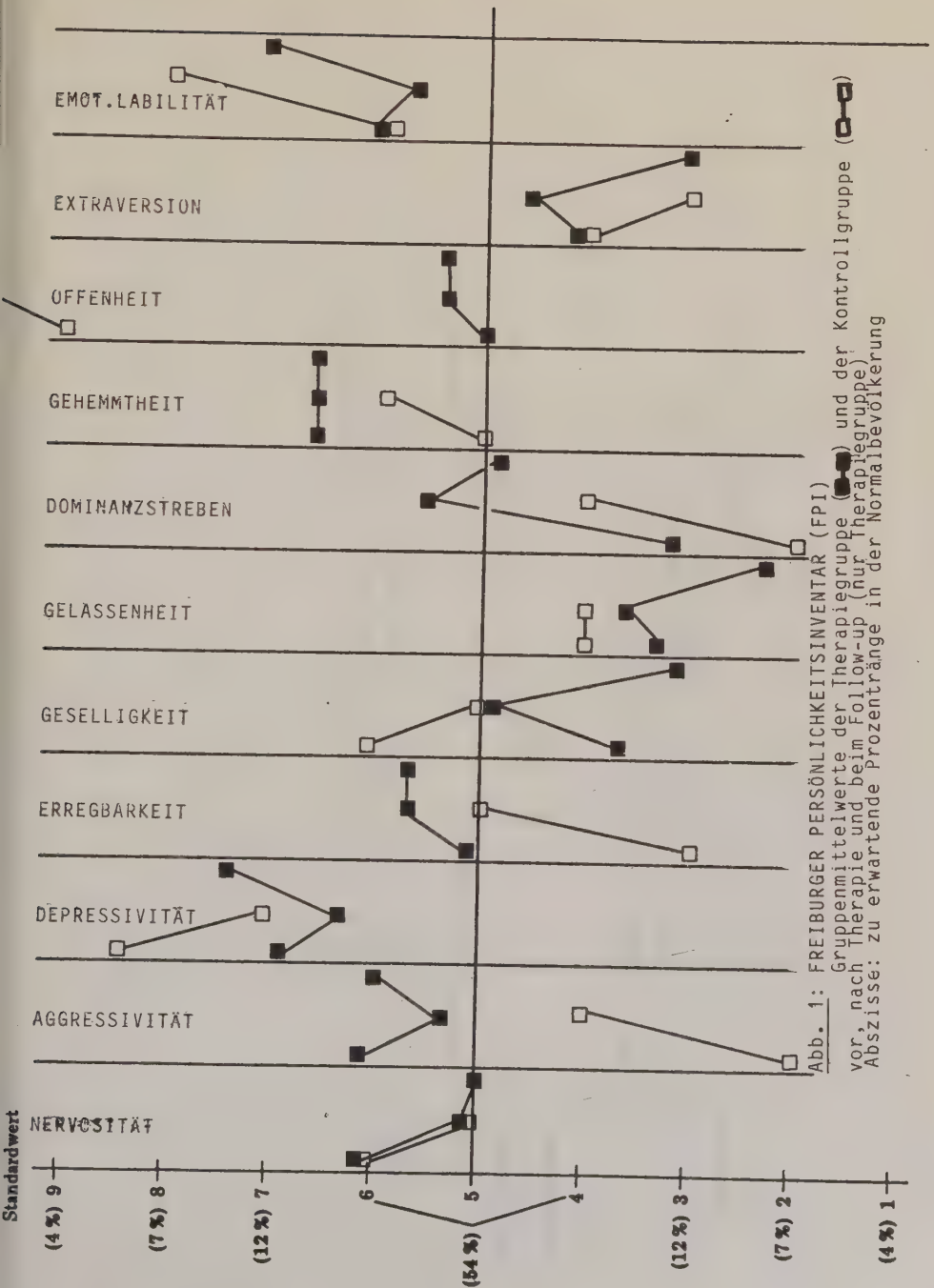
fall nach sechs Monaten noch besteht. Im Vergleich dazu erreichte die Musikgruppe ihren Höhepunkt nach zwei Monaten mit deutlichem Rückgang nach sechs Monaten, und zum Follow-up Rückgang auf das Ausgangsniveau.

3.7.7 Therapiezielkontrollbogen

Hier fällt der direkte Gruppenvergleich schwer, da die Musikgruppe diesen Fragebogen 54 mal ausfüllte, die Kontrollgruppe nur zweimal. Letztere erreicht keine signifikante Besserung nach sechs Monaten.

Therapieziele der Kontrollgruppe

- 1) Weniger Lebensangst; ausgeglichener werden; mehr Harmonie
- 2) Aggressionen loswerden; Tod des Bruders überwinden; lebhafter werden; Streitigkeiten abbauen
- 3) Mehr aus mir herausgehen; mehr Zutrauen; selbstsicherer werden
- 4) Bessere Konzentration; bessere Wahrnehmung; telepathische Verbindung zu Mann aufgeben
- 5) Vollkommene Gesundheit; Freiheit von abwegigen Gedanken; mehr Kontakt
- 6) Mehr Kontakt; sinnvollere Zeitgestaltung; Angst Probleme anzugehen soll sinken
- 7) Abbau von Kontaktschwierigkeiten
- 8) Aufleben; Entspannung; Kameradschaft



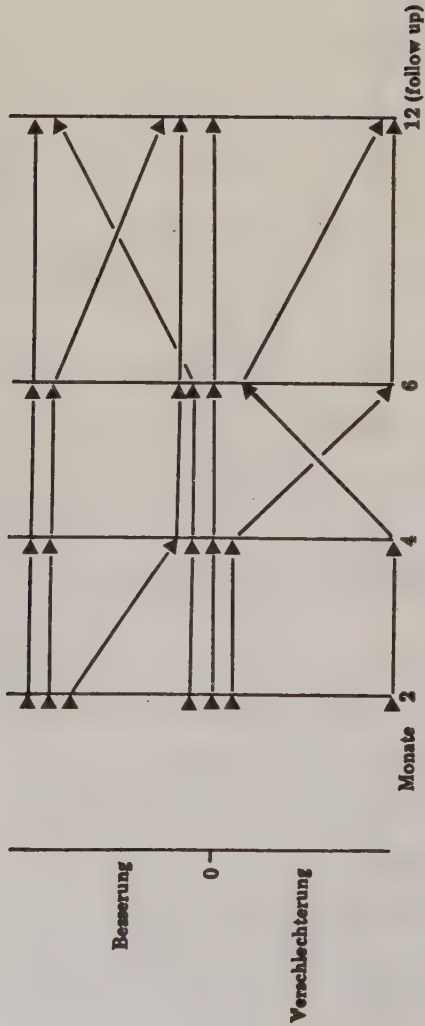


Abb. 2: KIELER ÄNDERUNGSENSITIVE SYMPTOMLISTE (KASSL)
 Statistisch relevante Veränderungen im Vergleich zum Ausgangs-
 punkt 0 ($p < 0,01$) bei der THERAPIEGRUPPE im Gesamtwert
 "Symptombelastung".

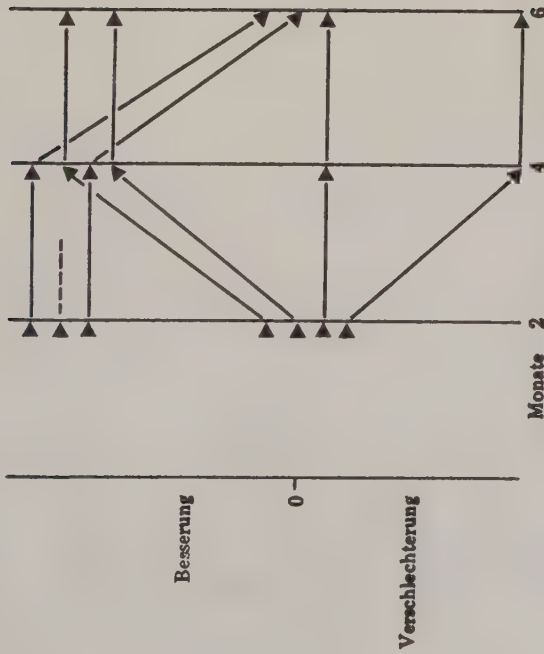


Abb. 3: KIELER ÄNDERUNGSENSITIVE SYMPTOMLISTE (KASSL)
 Statistisch relevante Veränderungen im Vergleich zum Ausgangspunkt 0 ($p < 0,01$) bei der KONTROLLGRUPPE im Gesamtwert "Symptombelastung". Ein Patient (---) füllte den Bogen nur einmal aus.

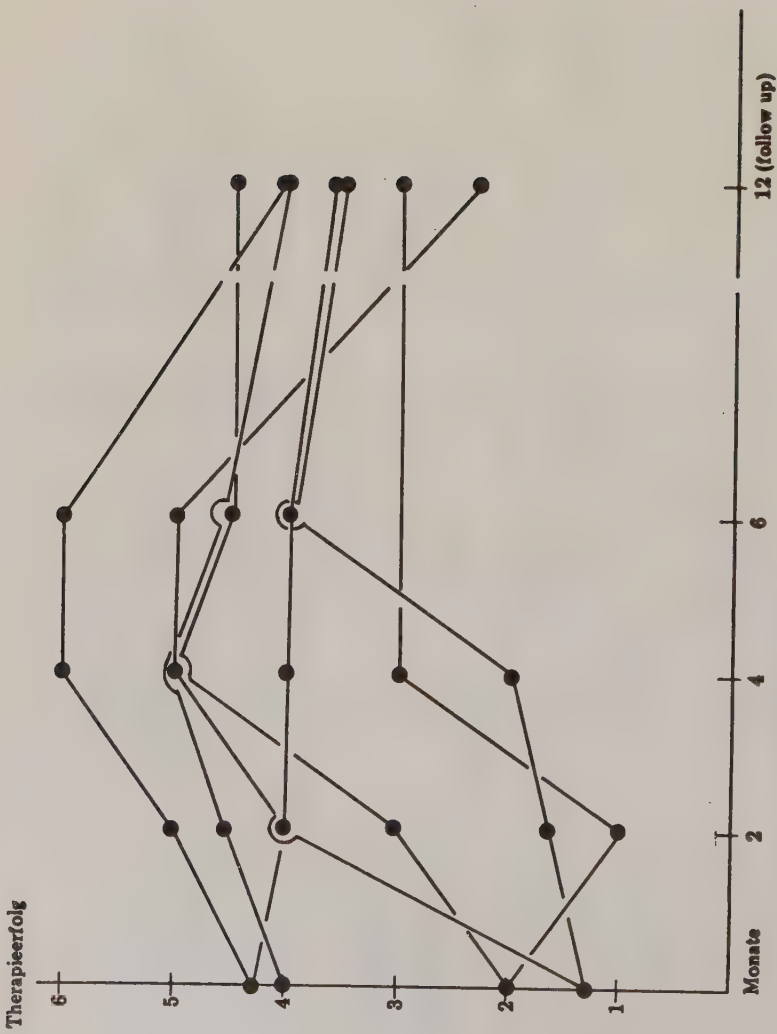


Abb. 4: THERAPIEZIELE
Mittelwerte der Therapieziele der Therapiegruppe übertragen
auf 6-Punkte-Skala.

3.8 Daten bezüglich Sozial- und Arbeitssituation, Medikamenteneinnahme und Krankheitsverlauf

3.8.1 Soziale Situation der Musikgruppe im Verlauf

Bei Ende der Therapie zeichnete sich in der Therapiegruppe eine Tendenz zu selbständigerem Wohnen gegenüber der Kontrollgruppe ab. Während zu Therapieanfang nur drei Patienten selbständig lebten, waren es nach sechs Monaten vier Patienten, ein weiterer Patient war nach einem Monat aus der Klinik in ein Übergangsheim verlegt worden. Beim Follow-up war dieser erneut in stationärer Behandlung. Ein anderer Patient löste sich zu diesem Zeitpunkt von seiner Mutter, um nach Köln zu ziehen. Er begann dort eine Ausbildung.

3.8.2 Soziale Situation der Kontrollgruppe im Verlauf

In dieser Gruppe lebten zunächst sechs der acht Patienten bei den Eltern, eine Patienten wurde in einer psychosomatischen Klinik betreut, eine Patientin lebte mit dem Ehemann. Bei Therapieende lebten zwei Patienten allein, bzw. mit Freund oder Ehemann, fünf Patienten lebten weiterhin bei ihren Eltern, ein Patient war wieder in stationärer Behandlung.

3.8.3 Arbeitssituation der Musikgruppe

Zu Therapieanfang arbeitete ein Patient ganztätig, zwei Patientinnen stundenweise. Nach sechs Monaten arbeitete eine weitere Patientin, zum Follow-up begann ein Patient eine Berufsausbildung.

3.8.4 Arbeitssituation der Kontrollgruppe

Zu Anfang arbeitete eine Patientin halbtags, eine Patientin begann eine Berufsausbildung. Nach sechs Monaten hatte ein weiterer Patient eine Lehre begonnen.

3.8.5 Medikamenteneinnahme und Krankheitsentwicklung in der Musikgruppe

Während der Therapie konnten die Neuroleptika von drei Patienten abgesetzt werden, nach Therapieende erlitt einer dieser Patienten einen Rückfall und mußte erneut neuroleptisch behandelt werden. Bei zwei Patienten blieb die Dosis konstant, bei einer Patientin mußten die Medikamente nach Therapieende wegen einer unehelichen Schwangerschaft abgesetzt werden. Dies wurde von ihr gut vertragen. Bei einer Patientin wurde zum Follow-up eine leichte Dosiserhöhung notwendig. Ein kurzfristig neuroleptisch behandelter Patient mußte erneut auf Taxilan eingestellt werden, er hatte aber zum Follow-up die Medikation selbständig wieder abgesetzt. Bei Therapieende trank ein Patient vermehrt, halluzinierte wieder und mußte kurz nach Therapieende aus dem Übergangsheim ins Bezirkskrankenhaus Haar verlegt werden. Bei ihm wurde die Medikation erhöht. Die sonstigen zusätzlichen ambulanten Psychotherapien blieben gleich.

3.8.6 Medikamenteneinnahme und Krankheitsentwicklung in der Kontrollgruppe

In dieser Gruppe erhielten zwei Patienten während des gesamten Therapieverlaufs keine Medikamente, bei zwei weiteren Patienten konnten die Neuroleptika vom behandelnden Nervenarzt abgesetzt werden. Eine Patientin erhielt durchgängig Lithium, bei drei Patienten blieb die Medikation konstant. Ein Patient erlitt im Januar 1981 einen schweren Rückfall, der zu einer langdauernden Hospitalisierung im Bezirkskrankenhaus führte.

Im Medikamentenvergleich der sieben Therapiepatienten zu den acht Kontrollpatienten lassen sich insgesamt kaum Unterschiede festhalten. Während in der Kontrollgruppe nach sechs Monaten vier Patienten medikamentenfrei waren (davon zwei Patienten ab Anfang) waren es in der Therapiegruppe drei.

Tabelle 4:

MUSIKGRUPPE: Begleitende pharmakotherapeutische Therapie

Nr.	Therapiebeginn	nach 2 Monaten	nach 4 Monaten	nach 6 Monaten	Follow-up
1	Imap 2 mg/Woche	-	-	-	-
2	Fluanxol 20 mg/2 Wochen	Fluanxol 20 mg/2 Wochen	Fluanxol 20 mg/2 Wochen	Fluanxol 20 mg/2 Wochen	(schwanger)
3	Imap 4 mg/Woche	Imap 2 mg/Woche	-	-	Fluanxol 10 mg/2 Wochen
4	Taxilan 400 mg/die	Orap 4 mg/die Taxilan 200 mg/die	Orap 4 mg/die Taxilan 200 mg/die	Orap 4 mg/die Taxilan 400 mg/die	Fluanxol 10 mg/2 Wochen Neurocil 150 mg/die
5	nach 4 Std. abgebrochen im Rahmen eines Rückfalls, nicht gewertet				
6	Haldol 2 mg/die Saroten 50 mg/die	Haldol 2 mg/die Ludiomil 75 mg/die	Haldol 2 mg/die Noveril 120 mg/die	Haldol 2 mg/die Ludiomil 75 mg/die	Haldol 2 mg/die Ludiomil 100 mg/die
7	Semap 20 mg/Woche Tofranil 75/die	Semap 20 mg/Woche Tofranil 75/die	Semap 20 mg/Woche		
8	Imap 2 mg/Woche Taxilan 150 mg/die	Imap 2 mg/Woche	-	Taxilan 150 mg/die	-

Tabelle 5:

KONTROLLGRUPPE: Begleitende pharmakotherapeutische Therapie

Nr.	Therapiebeginn	nach 2 Monaten	nach 4 Monaten	nach 6 Monaten
1a	Haldol 20 mg/die	Glianimon 10 mg/die	Haldol 20 mg/die	Haldol 20 mg/die
2a	Imap 4 mg/Woche	-	Imap 2 mg/Woche	Imap 2 mg/Woche
3a	Glianimon 3 mg/die Neurocil 100 mg/die	-	-	-
4a	Haldol 5 mg/die	-	-	-
5a	Dogmatil 200 mg/die	Orap 1 mg/die	-	-
6a	Lyogen 12,5 mg/ 2 Wochen	-	Lyogen 12,5 mg/ 2 Wochen	Lyogen 12,5 mg/ 2 Wochen
7a	Haldol 15 mg/die	Haldol 5 mg/die	-	-
8a	Saroten ret. 5 mg Lithium	Lithium	Lithium	Lithium

3.9 Musikalische Entwicklung im Gruppenverlauf

Von den Therapeuten wurde keine musikalische Form vorgegeben, jeder sollte spielen wie, was, und wie lange er wollte. Diese freie Entscheidungsmöglichkeit ohne musikalische Vorbildung erzeugte zunächst Unsicherheit und Ablehnung. Die meisten Patienten hatten noch nie vorher ein Instrument in der Hand gehabt. Immer wieder wurde von Einzelnen ein "Musikunterricht" gefordert, das "Chaos" wurde beklagt, Bedürfnisse nach Melodie und Harmonie geäußert. Im Gegensatz zur musikalischen Strukturlosigkeit bildete die äußere Form, der Wechsel zwischen Musizieren und Gespräch, einen festen Rahmen, innerhalb dessen es möglich war, über die Unzufriedenheit und Angst zu sprechen, langsam Bewältigungsmöglichkeiten zu entdecken. Der Einzelne fühlte sich in seiner Hilflosigkeit nicht allein, konnte ohne Angst vor Blamage musikalische Versuche wagen, feststellen, daß auch mit bescheidenen Mitteln ein Musizieren möglich ist. Aus den zunächst isolierten, oft gehemmten Spielern entwickelte sich eine Gruppe, in der sich die verschiedenen Musizierweisen eines jeden allmählich herausbildeten. Der Einzelne gewann Sicherheit und lernte die Form seines Musizierens lebhaft und einfallsreich zu artikulieren. Unverbindlichkeit, Zwanglosigkeit und Freiheit des Rahmens wirkten sich fördernd aus. Ein Anpassungszwang war nicht gegeben, die Patienten übten gegenseitig größte Toleranz, hinter der sich gewiß auch manchmal Interesselosigkeit verbarg.

Die Spielzeiten waren lang, ohne scharfe Konturen, ohne vorgegebenes Ende und mit abbröckelndem Schluß. Änderungsvorschläge betrafen den Bereich der Aleatorik (laut, leise, dicht, dünn etc.), hier fiel es den Patienten am leichtesten, bewußt gestaltend einzugreifen. Die Leiter spielten als Gleichberechtigte mit, gaben Impulse und griffen Strukturansätze auf. An erkennbaren Strukturen ergaben sich einmal ein Rock 'n Roll, Klatschrhythmen aus dem Fußballstadion und Zweier- und Dreiergruppierungen am Ende

der Improvisation. Neben subtilen, rhythmischen Spielweisen kam es auch zu lautem, undifferenzierten Spiel, gelegentlich auch zu aggressiven, rücksichtslosen Ausbrüchen, die als Abreaktion von Wut verstanden wurden. Symptomprovokationen ergaben sich selbst bei extremer Lautstärke nicht, allerdings gab das laute Spielen wiederholt Anlaß zu Beanstandungen in den Gruppengesprächen. Ein Patient fühlte sich zeitweise so gestört, daß er erwog, die Therapie abubrechen und sich einem Meditationskreis anzuschließen. Interessanterweise neigte eben dieser Patient zu lautstarken Aggressionsausbrüchen, um sich zugegebenermaßen durchzusetzen und abzugrenzen. Natürlich bestimmten auch äußere Erlebnisse das Geschehen, so z.B. die Arbeitskrise eines Patienten, oder der Arztwechsel einer anderen Patientin. Wichtig wurde, daß in der Gruppe auch über solche persönlichen Ereignisse gesprochen werden konnte.

Innerhalb der Musiziergruppe war musikalisch oder auch durch Blicke eine Kontaktaufnahme Einzelner möglich. Es entstanden Duette und Trios, aus denen der Rückzug jederzeit möglich blieb. Aus den Äußerungen der Patienten war zu entnehmen, daß sie das Sich-Hineinstürzen, Dabeisein und Mitmachen an etwas Gemeinsamen genossen. Zwei Patienten wurden wegen ihrer großen Musikalität bewundert. Zumindest fünf Patienten zeigten überwiegend Spaß, obwohl ihnen die Art der freien Improvisation fremd war. Nur eine schwer gehemmte Patientin zeigte bis auf sehr seltene Ausbrüche, wenig Freude; sie spielte bis zuletzt adynam und kaum hörbar.

Wiewohl manche Improvisationen von isoliertem Nebeneinanderspiel geprägt waren, entstand häufig ein gemeinsames "Stück", das stets große Begeisterung hervorrief. "Das ist Musik! So müßten wir immer spielen!" Die spürbare Freude und Hingabe an die Musik dominierten, die Musik erlangte dadurch eine starke Intensität und Kapazität. Niemals entstand ein kollektiver Krach, sondern meist gingen die Spieler feinfühlig und differenziert aufeinander ein und kommunizierten miteinander.

3.10 Gruppendynamische Entwicklung

In Anlehnung an YALOM (1974) ließ die Dynamik der Gruppe Phasen erkennen. Anfängliches Abtasten führte zu einer Konzeptkritik (5. Stunde), der Durchbruch (12. Stunde, allgemeine positive Resonanz) führte in die Arbeitsphase. Bis auf einen Patienten akzeptierten nun alle das vorgegebene Konzept, Diskussionen über Sinn und Zweck fielen weg. Dabei blieb die Patientenzahl bis auf einen Ausfall, konstant. Dies ist eine sehr niedrige Ausfallsrate von nur 12,5%, YALOM hält eine Ausscheidungsrate von bis zu 35% für normal. Auch waren die Fehlzeiten gering. Dieser Erfolg ist sicher mitbedingt durch die engmaschige Betreuung der Patienten, die sich jederzeit an die Therapeuten wenden konnten. In Krisensituationen fanden Einzelgespräche statt, bei unentschuldigtem Fehlen wurden die Patienten angerufen.

Nach der 12. Stunde, der Arbeitsphase, wurden die Gruppengespräche zunehmend vertrauensvoller. In den Anfangssitzungen äußerte sich der Einzelne auf Nachfrage nur knapp und vorsichtig über sein Musikerleben, später wurde jeder in seiner Problematik sichtbar. Antriebslosigkeit, Partnerprobleme, Gehemmtheit, Alkoholprobleme und psychotische Symptome wurden angesprochen. Dabei entstand eine entspannte Gruppenatmosphäre, die Therapie machte Spaß, humorvolle und treffende Kommentare ergaben sich, oftmals besuchten die Patienten nach der Stunde gemeinsam ein Lokal. Trotz dieser deutlichen Lockerung blieb die Leiterzentriertheit stark, die Patienten gingen im Gespräch wenig aufeinander ein, Rückmeldungen, Kommentare und Zuspruch kamen nur vereinzelt. Entsprechend der Grunderkrankung neigte der Einzelne zu autistischem Rückzug, die Fremdwahrnehmungen blieben spärlich. Das Gruppenerlebnis war geprägt von der Intensität des musikalischen Spiels, das anschließende Gespräch wurde im Wesentlichen durch das Nachfragen der Therapeuten belebt. Dabei achteten die Leiter auf den verbalen Ausdruck eines jeden Patienten. Ein Patient berichtete z.B. über eine Stimmungsänderung und

Antriebsverbesserung durch die Musik, die bei ihm zwei Tage anhielt, während er an die Musiktherapie dachte. Einwirkungen auf den Gedankenfluß und die Konzentration wurden beschrieben, für die Leiter sichtbar änderten sich Mißtrauen, Gereiztheit und Sozialgefühl. Ein Patient schilderte, daß ihn die Therapie beruhige, seine Laune sich über mehrere Tage verbessere und ihn mit den Mitmenschen besser auskommen lasse. Das Verhältnis zwischen Patienten und Leiter war persönlich und entspannt.

Im Abschlußgespräch äußerten drei Patienten großes Bedauern über das Ende der Therapie, bekundeten Interesse an einer späteren Fortsetzung. Ein Patient meinte, ohne Musiktherapie wäre er sicher wieder psychotisch geworden. Zwei Patienten erlebten die Therapie positiv, verarbeiteten das Ende pragmatisch und unsentimental: "So ist's im Leben. Das eine geht, das nächste kommt." Beide bemühten sich bereits um neue Therapien, fühlten sich noch therapiebedürftig. Zwei Patienten waren froh über das Ende. Sie glaubten insgesamt wenig profitiert zu haben, ein Patient jedoch lobte die entstandene Gemeinschaft. Im Gegensatz zu ihm schien für die anderen Patienten das Musikerleben stärker im Vordergrund zu stehen, das anschließende Gespräch und das Gruppengefühl wurden weniger erwähnt. Aus vielen Äußerungen während der Musiktherapie war aber deutlich geworden, wie sehr das Teilnehmen als Gruppe geschätzt wurde. Dies unterstreicht die Aussage von HOFSTÄTTER (1973): "Wenn sich mehrere, bisher isolierte Personen einer gemeinsamen Aufgabe gegenüberstehen, nimmt im Zuge der erforderlichen Steigerung ihrer Aktivität der Kontakt zwischen ihnen zu und damit in der Regel auch das Gefühl des Einander-nahe-Seins".

3.11 Darstellung zur Verdeutlichung des Ablaufs der 20. Therapiesitzung anhand einer Tonbandaufzeichnung

Hier soll die 20. Therapiesitzung ausführlich dargestellt werden. Diese Sitzung fällt ins letzte Drittel der Therapie (die Teilnehmer sind mit der Methode und der Gruppe

vertraut) und kann als typisch für unsere Musiktherapie gelten. Als Quelle dienen Tonbandaufzeichnungen sowie eine Mitschrift.

Die Gruppe ist vollzählig. Zum Vorgespräch das etwa 15 Minuten dauert, finden sich alle pünktlich im Kreis zusammen. Ein Patient berichtet, daß seine Neuroleptikadosis aufgrund einer akuten Verschlechterung mit akustischen Halluzinationen erhöht werden mußte. Er lebt im Übergangshaus und hat Angst, wieder mit der Arbeit anzufangen. Eine Patientin zuletzt in der Tagklinik, muß diese verlassen, weil sie sich nach ihren Angaben, immer wieder mit einem schwierigen Mitpatienten streite. Den Entlassungsgrund fände sie traurig, wirkt dabei aber sehr gefaßt. Der Zustand einer anderen Patientin, an Liebeskummer leidend, hat sich seit der letzten Woche nicht verbessert.

Nach Aufforderung des Therapeuten der zu spielen anfängt, begeben sich nach und nach auch die anderen Gruppenmitglieder an die Instrumente. Nur ein Patient bleibt die gesamte Spielzeit sitzen. Das Spiel dauert etwa 40 Minuten. Das anschließende Gespräch wird hier fast wörtlich wiedergegeben.

Sitzengebliebener Patient (1): Hab' genau zugehört, heut' hat man's anhören können.

Pat. 2: Das Trommeln von Euch beiden hat mir so gut gefallen.

Ther.A: Hab' auch gemerkt, daß Pat. 3 wie ein Donnerschlag plötzlich explodiert ist.

Pat. 3: Richtig hektisch, hab's mir selber vorgenommen.

Ther.A: Fand's angenehm, sonst haben Sie sich immer so zurückgehalten.

Pat. 3: Hat schon Spaß gemacht.

Pat. 4: Ich hab' den Eindruck, daß die meisten jetzt doch sehr aus sich herausgehen, viel mehr als am Anfang. Jetzt steigt die Intensität, indem man sich wieder zurücknimmt. Man fängt mit ganz kleinen Tönen an, wird wieder intensiv, ein Ton nach dem

anderen. Es ist mehr Kontrast da.

Ther. A.: Hab' auch gedacht, daß die Phasen, wo viel gehämmert wurde, ganz aufgehört haben.

Ther. B.: Ich hab' Sie beim Cello beobachtet, Pat. 4. War's Ihnen in der Mitte zu laut? Ein entrüsteter Blick!

Pat. 4 : Ja, ich halt' mir jetzt noch die Ohren zu. Man hat einiges rausgehört, aber viel Gutes ist auch untergegangen. Die Pat. 3 am Metallophon erinnerte mich an Gamelanmusik. Hätte man bestimmt was rausholen können, wenn's deutlicher rausgekommen wäre. (Er erklärt der Gruppe, was Gamelanmusik ist).

Ther. B.: Und dann am Ende hatten Sie endlich Gelegenheit anders zu spielen.

Pat. 4 : Ja, das Aufgestaute loszuwerden.

Ther. B.: Ich hatte den Ehrgeiz leise aufzuhören, nicht laut, sondern zu warten, bis es leise würde. Ein Ziel! Schon als ich im Sitzen Akkordeon spielte, wollte ich leise spielen.

Pat. 5. : Es strengte mich an. Heut' ist es das erstemal, daß ich mich zwischendurch rausgesetzt habe. Ich konnte heut' nicht laut spielen.

Ther. B.: Vielleicht wollten Sie gar nicht laut spielen?

Pat. 5 : Oder kam's mir so vor? Ich weiß nicht. Ich hab' heut' nichts gehört.

Pat. 4 : Sie waren eindeutig zu hören!

Pat. 2 : Fand ich auch.

Ther. A.: Ich hatte heute Abschiedsstimmung. Jetzt haben wir nur noch siebenmal, dann ist's fertig.

Pat. 3 : Mit den Nerven!

Ther. A.: Wirklich?

Pat. 3 : War nur ein Scherz. Aber in diesem Haus sollte man lieber nichts von Nerven sagen!

Pat. 5 : Pat. 2 hat richtig harmonisch gespielt. Immer denselben Rhythmus.

Ther. A.: Wie fanden Sie's, Pat. 6?

Pat. 6 : Warm. Ich würde gern das Fenster öffnen. Zwischendrin auch mal laut, aber nicht immer. Ich ermüde schnell, aber auch wenn ich was lese, z.B. nach 15 Min. bin ich schon wieder müde. Bei vielen Dingen geht's mir so. Ich kann mich schwer auf etwas konzentrieren.

Pat. 1 : Woran liegt das?

Ther. A.: Das ist ein Problem von vielen Menschen. Ohne äußeren Druck von sich aus was zu tun. Wenn ich Ihnen einen Stapel Arbeit gäbe, würden's die bestimmt schaffen. Aber von sich aus ist es schwerer.

Pat. 6 : Ja, ja. Das stimmt.

Ther. A.: Wobei mich die Gruppe sehr stimuliert. Ich würde mich nie eineinhalb Stunden alleine hier hochsetzen und spielen.

Pat. 5 : Eineinhalb Stunden nicht, aber 15 Minuten schon. Von mir aus mach ich schon Sachen, z.B. Sport, ohne Zwang dahinter.

Pat. 7 : Hab' nichts zum Sagen. Mir ist nichts Besonderes aufgefallen.

Pat. 5 : Mir ist aufgefallen, daß ich Sie gar nicht hab' richtig gesehen.

Ther. A.: Sie haben sich immer hinter der Staffage versteckt. Aber jeder darf sich mal verstecken.

Pat. 7 : Es fällt mir zum Schluß immer auf, daß ich viel mehr auf mich selber achte, als auf die anderen. Ich denk da immer nie dran.

Pat. 4 : Ich komm erst dadurch zum Spielen, daß ich auf die anderen höre. Das befruchtet mich irgendwie, wenn's gut geht.

Ther. B.: Wir haben jetzt noch 15 Minuten zum Spiel. Wie sieht's mit den Plänen aus?

Pat. 2 : Immer diese Pläne, ich hab' keine!

Pat. 5 : Mein Plan ist, kürzer zu spielen.

Pat. 7 : Ich will auf die anderen hören.

Pat. 3 : Ich möcht' an mir selber, daß ich ein bißchen energischer spiel'.

Pat. 7 : Zuerst haben Sie wie bei einer Hinrichtung gespielt. Hat mich so bedrückt.

Pat. 1 : Heut' hab' ich mal die Musik auf mich wirken lassen, ohne mitzuspielen. Mein Plan ist, mitzukriegen, was mich betrifft. Daß ich mich besser kennenlerne. Ist ja Therapie, daß man von Ihnen die Anregung kriegt.

Pat. 4 : Ich möchte, daß wir etwas gebremster, gestauter anfangen und dadurch die Möglichkeit haben, mehr Intensität rauszubringen.

Ther. A.: Ich werde mehr singen.

Ther. B.: Ich hab' den Plan, leiser zu spielen.

Es wird jetzt nochmal ca. zehn Minuten gespielt. Jeder gibt hierzu anschließend nur noch einen kurzen Kommentar ab, da die Stunde zu Ende ist.

4. DISKUSSION

Die Durchführung einer sechsmonatigen Musiktherapiegruppe mit schizophrenen Patienten zeigte, daß Musiktherapie für die Patienten der vorliegenden Studie geeignet und fördernd war. Die freie Improvisation erwies sich als geeignetes Kommunikationsmittel. Allerdings ergab der Vergleich mit einer Kontrollgruppe nur wenig signifikante Unterschiede in den angewandten Testverfahren. Der Vergleich wurde erschwert, da in beiden Gruppen mehrere Patienten an zusätzlichen Therapien teilnahmen und vielfältige Überlagerungen deshalb in Kauf genommen werden mußten. Bei den recht gut remittierten und motivierten Patienten zeigte die starke Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe den hohen Leidensdruck. Die Parallelisierung war bezüglich Wohnung, Arbeit und Medikation befriedigend. Die Erkrankungsdauer ergab im Einzelfall Differenzen, die sich im Mittelwert der beiden Gruppen wieder aufhoben.

Das musikalische Geschehen der einzelnen Sitzungen war oft sehr unstrukturiert, die Improvisationen blieben lang und gleichförmig. Den gelegentlich geäußerten Wünschen der Patienten nach einer stärkeren äußeren Vorgabe und Hilfestellung, um ein harmonischeres Zusammenspiel und auch Lernerfolge zu ermöglichen, wurde in dieser Gruppe nicht entsprochen, da didaktische Ziele nicht angestrebt waren. Solche Anregungen konnten aber in späteren Gruppen erfolgreich umgesetzt werden. Trotz dieser Kritik tolerierten die Teilnehmer die Therapie gut. Dies widerspricht den Überlegungen von SLAWSON (1977), der vor einer starken emotionalen Stimulierung von Psychose-Patienten warnt, um keine psychotische Exazerbation hervorzurufen. Auch VAUGHN und LEFF (1976) zeigen eine höhere Rückfallhäufigkeit von Psychose-Patienten in einem häuslichen Milieu mit hoher, kritische-überengagierter Emotionalität. Hiermit allerdings, ist eine Psychotherapie von 1,5 Stunden pro Woche unter Leitung eines Therapeuten, sicher nicht vergleichbar.

Eine statistisch erfaßbare Änderung der Psychopathologie (gemessen im IMPS) fand weder in der Musik- noch in der Kontrollgruppe statt. Da nur schizophrene Patienten die nicht akut psychotisch waren, an dieser Studie teilnahmen, war jedoch eine wesentlich stabile Verbesserung der Psychopathologie bei diesen gut remittierten Patienten in einem sechsmonatigen Zeitraum nicht zu erwarten. Dennoch entstand klinisch durchaus der Eindruck einer psychopathologischen Verbesserung einzelner Patienten während der Therapie. Bei vier Patienten war eine langsame Besserung der Residualsymptomatik, zumindest in den Gruppensitzungen, zu sehen. Die Mimik wurde lebendiger, die Zusammenarbeit offener, Stimmung und Antrieb erschienen verbessert. Bei einer Patientin schien die Wahnsymptomatik an Aktualität zu verlieren. Bei drei Patienten gestaltete sich der Verlauf wechselnd, Stimmungsschwankungen traten ein, die sich bei einem Patienten in Trinken und Suizidalität äußerten. Schwerwiegende Konsequenzen ergaben sich dennoch nicht. Die Patienten selber berichteten über diese Veränderungen und brachten sie mit der Musiktherapie in Verbindung.

Im KASSL fiel eine Besserung der Konzentration auf, möglicherweise als Bahnungseffekt der Musik zu sehen. Das Nachlassen grüblerischer Gedanken während der Therapie wurde von den Patienten immer wieder als positiv empfunden.

Im VEV, KASSEL und FPI wurde eine Besserung der Selbstbefindlichkeit deutlich, allerdings traten Unterschiede mit statistisch gesicherter Signifikanz zur Wartegruppe nicht auf. Im FPI fiel nach Therapieende, im Follow-up, ein Regressionseffekt (z.B. in den Dimensionen Depressivität, Geselligkeit, emotionale Labilität) auf die Ausgangswerte auf. Erklärbar wäre dieser Befund damit, daß die Therapie einen Substitutionseffekt im gestörten Kontaktbereich der Patienten hatte, der mit Ende der Therapie wegfällt. BATTEGAY (1978) betont die Gefühle von Geborgenheit und Beschütztheit, die Psychose-Patienten in Gruppentherapien erleben.

Im Bereich des Sozial- und Freizeitverhaltens konnte weder in der Musik- noch in der Wartegruppe eine Veränderung festgehalten werden. Wiewohl mehr Therapiemitglieder bei Therapieende in einer eigenen Wohnung lebten, ergab sich bezüglich Arbeit, Medikamenteneinnahme und Krankheitsverlauf kein Unterschied zwischen beiden Gruppen. Im ersten Halbjahr nach Klinikentlassung besserte sich das Befinden in beiden Gruppen auf allen Ebenen, sicher mitbedingt durch die Wiedereingliederung in Familie und Umwelt. Der Beobachtungszeitraum entsprach sowohl spontan ablaufenden als auch therapeutisch geförderten Entwicklungen, wobei Rückschläge oder Frührezidive bei den überdurchschnittlich gut betreuten Patienten nicht gehäuft auftraten. Die lückenlose Betreuung der Patienten läßt sich teilweise durch das dichte therapeutische Angebot Münchens erklären.

Hinsichtlich der selbsterstellten Therapieziele beurteilten fünf von sieben Patienten ihre Entwicklung überwiegend positiv. Darunter wurden vor allem Antriebssteigerung, sich Austoben, Entspannung und Ausdruck von Gefühlen und Gedanken verstanden.

Die Gesamtstimmung in der Gruppe war herzlich und entspannt, das Verhältnis zwischen Therapeuten und Patienten offen und gleichberechtigt. Die geringe Fehlzeit bestätigte die Freude an der Gruppe. Im Abschlußgespräch sprachen fünf Patienten ihr Bedauern über das Ende der Therapie aus. Bemerkenswert der Satz einer Teilnehmerin: "Es hätte mir noch viel mehr gebracht, wenn ich gesünder gewesen wäre!"

Insgesamt konnte ein positiver Effekt während der Betreuung an psychotischen Patienten durch die Musiktherapie verzeichnet werden. Nach Therapieende zeigten sich allerdings in einzelnen Untersuchungen rückläufige Ergebnisse. Einige Patienten gaben eine Verschlechterung ihres Zustands an, vermißten die Musiktherapie. Um einen anhaltenden Effekt zu erzielen, müßte eine längere Dauer angestrebt werden. Diese Erfahrung hatten auch SCHWARZ et. al. (1981), wie eingangs erwähnt, gemacht. Ein Lernerfolg in musikalischer

Fertigkeit und im Zusammenspiel könnte ermutigend und motivierend wirken.

Wie jede Psychotherapie mit psychotischen Patienten, kann die Musiktherapie keine psychopharmakologische Therapie ersetzen, BENDER (1985) schreibt, daß wenn bezüglich therapeutischer Wirksamkeit keine Gleichwertigkeit vorliegt, doch die Psychotherapie gleichberechtigt neben einer Pharmakotherapie stehe. Das von WINKLER (1978) geforderte sinnvolle Konzept einer gleichzeitigen Psycho- und Pharmakotherapie war in der vorliegenden Studie selbstverständlich, die Medikation mit Psychopharmaka wurde stets der Symptomatik der Patienten angepaßt. Da sich die Patienten der Musikgruppe von denen der Kontrollgruppe hinsichtlich Art und Dosis der Psychopharmaka nicht wesentlich unterschieden, war auch hier die Parallelisierung befriedigend. Die geringen Unterschiede in den Testergebnissen beider Gruppen lassen sich durch die nur sechsmo- natige Therapiedauer miterklären. Durch das daher resul- tierende Fehlen vieler Zeitverlaufsmessungen war der Ver- gleich einzelner parallelisierter Patienten schwer möglich. Die Beurteilung im Gesamtgruppenvergleich erscheint aber wenig aussagekräftig, da sich doch innerhalb der Gruppe differenzierende Effekte gegeneinander aufheben können. In zukünftigen Studien sollte deshalb eine längere Therapie- dauer angesetzt werden. Die in der vorliegenden Untersu- chung angewandten Testinstrumente scheinen rückblickend für die Messung der musiktherapeutischen Wirkungen nicht optimal. Wie dargelegt, sind Veränderungen im Bereich der Psychopathologie (IMPS) kaum zu erwarten. Sowohl der VEV als auch FPI und KASSL wurden ursprünglich nicht an Pa- tientengruppen mit Psychosen validiert. Durch die zu star- ke Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Verbesserung neurotischer Symptome bei Psychotikern werden doch die psychosetypischen Merkmale nicht genügend beachtet, Er- folge möglicherweise übersehen. Es fällt psychotischen Patienten leichter miteinander zu handeln, als zu sprechen. Durch ihre besondere Struktur des interaktionellen Agierens

eignet sich die Musiktherapie besonders dazu, zwischen den Patienten Kontaktmöglichkeiten zu öffnen und das Gefühl von Geborgenheit und Beschütztheit zu vermitteln. Der Ausdruck von Gefühlen trägt zur Wohlbefindlichkeit bei. Im günstigen Fall werden durch eine längerfristige Psychotherapie Klinikaufenthalte verkürzt, durch eine rechtzeitige medikamentöse Intervention können noch im Anfangsstadium Symptomverschlechterungen aufgefangen werden. Hierzu BATTEGAY und MARSHALL (1978): "Wenn Patienten, die sowohl mit Neuroleptika als auch mit Psychotherapie behandelt werden, kontaktfreudig werden, ihr Leben stärker genießen und besser arbeiten können, kann man sagen, daß Psychotherapie eine bessere Reintegration von Schizophrenen in die Gesellschaft fördert".

ZUSAMMENFASSUNG

In einer kontrollierten Studie mit parallelisierter Therapie- und Wartegruppe zu je acht Patienten wurde die Wirkung einer Musiktherapie mit freier Improvisation untersucht. Teil nahmen nur Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Psychose. Die Behandlungsdauer umfaßte 27 Stunden in sechs Monaten.

Bei im wesentlichen unveränderter Psychopathologie im angewandten Meßinstrument (LÖRR-Scale) fanden sich bei der Musikgruppe signifikant positive Veränderungen in den Selbstbeurteilungsbögen. Eine Verbesserung des Freizeit- und Sozialverhaltens konnte nicht nachgewiesen werden. Krankheitsverlauf und Wiedereingliederung verliefen bei beiden Gruppen ähnlich positiv unter Wahrnehmung des im Raum München umfangreichen psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgungsangebotes. Die improvisatorische Form der Musiktherapie wurde überwiegend positiv von den Patienten aufgenommen. Zum Follow-up sechs Monate nach Therapieende zeigte sich ein Trend zu den Ausgangswerten (Verschlechterung) in der Therapiegruppe.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- 1) ALVIN, J.
Musiktherapie. Ihre Geschichte und ihre moderne
Anwendung in der Heilbehandlung.
Deutscher Taschenbuch-Verlag,
Bärenreiter-Verlag, 1984
- 2) BATTEGAY, R., VON MARSHALL, R.
Results of longterm Group Therapy with Schizo-
phrenics. Compreh. Psychiat. Vol. 19, 4,
349-353, 1978
- 3) BENDER, W.
Vergleichsuntersuchungen zur differentialdiagnos-
tischen Gültigkeit der deutschen Form der IMPS.
Kapitel 12 im Band: Multivariate Persönlich-
keitsforschung, Hrsg. PAWLIK, K., Verlag
Hans Huber, Bern 323-343, 1982
- 4) BENDER; W.
Psychotherapie bei psychotischen Patienten,
Nervenarzt 56, 465-471, 1985
- 5) BRASWELL, C., BUTTRAM, J.B. et alii:
The influence of music therapy on vocational
potential. Journal of Music Therapy, 7,
28-38, 1970
- 6) CANEVARO, A.
Family Therapy with psychotic patients: an
institutional approach.
Journal of marital and family therapy, 7,
375-383, 1981

- 7) CASSITY, M.D.
The influence of a music therapy activity upon
peer acceptance, group cohesiveness, and
interpersonal relationships of adult psychiatric
patients. Journal of Music Therapy, 8,
66-76, 1976
- 8) CURIC, L.
Musiktherapie bei Behinderten.
Otto Müller-Verlag Salzburg, 1981
- 9) DARBES, A., SHRIFT, D.
The effect of music therapy on three groups
of hospitalized psychiatric patients as measured
by some clinical and observational methods.
Bul. NAMT 6, Lawrence, Kansas, USA, Allen Press,
7-8, 1957
- 10) FAHRENBERG, J., SELG, H., HAMPEL, R.
Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)
Handanweisung, 3. Anlage, Verlag für Psychologie
Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen, 1978
- 11) GILLERT, O.
Musik in der Behandlung antriebsloser Patienten,
Heilkunst 74 (12), 444-447, 1961
- 12) GOLDBERG, S.C., SCHOOLER, N.R.; HOGARTY, M.
Prediction of relapse in schizophrenic outpatients
treated by drug and sociotherapy.
Arch. Gen. Psychiatry 34, 171-184, 1977
- 13) GOODMAN, K.D.
Music Therapy: Historical use of music in healing.
In: ARIETO, S., KEITH, H., BRODIE, H.: American
Handbook of Psychiatry, V 7: Advances and New
Directions, Basic Books, Inc., Publishers,
New York, 564-586, 1981

14) HENGESCH, G.

Zur Praxis der Gruppenimprovisation in der musiktherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten. In: REVERS, HARRER, W.J., SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie, Econ-Verlag, Düsseldorf, Wien, 1974

15) HERZ, M.I., SPITZER, R.L., GIBBON, M.

Individual versus group aftercare treatment. Am. J. Psychiatry 131; 808-812, 1974

16) HOFSTÄTTER, P.R.

Psychologie
Fischer-Verlag, Frankfurt 1973

17) HOGARTY, G.E., GOLDBERG, S.C., SCHOOLER, N.R.

Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: II. Two-year relapse rates.
Arch. Gen. Psychiatry 31, 603-608, 1974

18) JANSSEN, P.L.

Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie.
In: Psyche 6, 36. Jahrgang, Juni 1982
Klett-Cotta, Stuttgart, 541-570

19) KNEUTGEN, J.

Einige Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Musiktherapie.
In: REVERS, HARRER, W.J., SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie. Econ-Verlag, Düsseldorf, Wien, 1974

20) LEFF, J.P., WING, J.K.

Trail of maintenance therapy in schizophrenia: British Medical Journal 3, 599-604, 1971

- 21) LOOR, M., KLETT, C., McNAIR, D.M., LASKY, J.
Inpatient Multidimensional Psychiatric
Scale. Manual. Palo Alto, Consulting
Psychologists Press, 1962
- 22) LUBORSKY, L., SINGER, B.
Comparative Studies of psychotherapies:
Is it true that "everybody has one and
all must have prices?" Arch. Gen. Psychia-
try 32, 995-1008, 1975
- 23) MEY, Ph., R.A., SIMPSON, G.M.
Schizophrenie: Übersicht über die Be-
handlungsmethoden.
In: FREEDMANN, A.M., KAPLAN, H.I.,
SADOCK, B.J., PETERS, U.H.: Psychiatrie
in Praxis und Klinik, Band I, Georg Thieme-
Verlag Stuttgart, New York, 142-171, 1984
- 24) MAYR, S. Musiktherapie und Gruppendynamik als Grund-
lage der "Kommunikationstherapie".
In: DECKER-VOIGT (Hrsg.): Texte zur Mu-
siktherapie. Therapie und Erziehung
durch Musik.
Ehres-Verlag, Lilienthal, Bremen, 1975
- 25) MESCHÉDE, H.G., BENDER, W., PFEIFFER, H.
Musiktherapie mit psychiatrischen Problem-
patienten. Psychother. med. Psychol. 33,
101-106, Georg Thieme-Verlag, Stuttgart,
New York
- 26) NAUMBURG, M.
Dynamically orientated art therapy:
it's principles and practices.
Grune and Stratton, New York, London, 1966

- 27) OSWALD, H.
Musiktherapeutische Erfahrungen bei chronischen
Schizophrenen.
Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde 22,
260-270, 1965
- 28) PRIESTLY, M.
Analytical music therapy and "the detour through
fantasy". British Journal of Projective Psycho-
logy and Personality Study 25 (1), 11-15, 1980
- 29) PRIESTLY, R.
Music Therapy in action.
Constable, London, 1979
- 30) SCHMOLZ, A.
Kreativität in der Musiktherapie.
In: REVERS, HARRER, W.J., SIMON, W.C.M. (Hrsg.):
Neue Wege der Musiktherapie, Econ-Verlag
Düsseldorf, Wien, 173-177, 1974
- 31) SCHMUTTERMAYER, R.
Methodische Überlegungen und praktische Er-
fahrungen mit Musiktherapie bei Psychotikern.
Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig 32
(12), 739-744, 1980
- 32) SCHNEIDER, C.W.
The effects of dalcroze eurhythmics upon the
motor processes of schizophrenics.
In: Music Therapy, Lawrence, Kansas, USA,
Allen Press, 132-140, 1961
- 33) SCHWABE, CH.
Aktive Gruppenmusiktherapie für Erwachsene
Patienten.
G. Fischer-Verlag, Stuttgart, New York,
136-174, 1983

- 34) SCHWARZ, F. BÖSSELMANN, H., SEIBT, G.
Results after psychotherapy with schizophrenics.
Vortrag auf "The first european conference on
psychotherapy research, September 1981, Trier"
- 35) SEARS, W.W.
Processes in Music Therapy
In: GASTON, E.T., ed., Music in Therapy,
MacMillan, New York, 30-47, 1968
- 36) SHATIN, L., et alii
Music Therapy for schizophrenics.
In: Music Therapy, Lawrence, Kansas, USA,
Allen Press, 99-104, 1961
- 37) SLAVSON, S.R.
Analytische Gruppentherapie. Theorie und prak-
tische Anwendung.
S. Fischer-Verlag, Frankfurt/Main, 1977
- 38) VAUGHN, C.E., LEFF, J.P.
The Influence of Family and Social Factors on
the Course of Psychiatric Illness.
Brit. J. Psychiat., 125-137, 1976
- 39) WDOWIAK, L.
Evaluation of the usefulness of music therapy
in psychodiagnosis and early rehabilitation
of schizophrenics.
Psychiatria Polska 9 (4), 431-434, 1975
- 40) WEISSMANN, M.M., BOTHWELL, S.
Assessment of Social Adjustment by Patient
Selfreport. Arch. Gen. Psych. 33, 1111-1115, 1976
Social Adjustment Scale (hiervon deutsche Über-
setzung Sozialer Anpassungsfragebogen)
New Haven, Connecticut, unveröffentlichtes
Manuskript, 1976

- 41) WILLMS, H.
Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen.
In: HARRER, G.: Grundlagen der Musiktherapie
und Musikpsychologie. G. Fischer-Verlag,
Stuttgart, New York, 1975
- 42) WINKLER, W.Th.
Wechselwirkung zwischen psychopharmakologischer
Therapie und Milieuthherapie.
In: Musiktherapie. Herausgegeben von HEIM, E.,
Verlag H. Huber, Bern, Stuttgart, Wien,
136-143, 1978
- 43) YALOM, I.D.
Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden.
In: Handbuch, Kindler-Verlag, München 1974
- 44) YALOM, I:D.
A Study of Group Therapy Dropouts.
Arch. Gen. Psychiat. 14, 393-414, 1966
- 45) ZIELKE, M., KOPF-MEHNERT, C.
Veränderungsfragebogen des Erlebens und Ver-
haltens (VEV) Manual, Beltz Test, Gesell-
schaft m.b.H., Weinheim, 1978
- 46) ZIELKE, M.
Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL)
Manual, Beltz Test, Gesellschaft m.b.H.,
Weinheim, 1979



LEBENS LAUF

- 20.08.1954 geboren in Chester, England, als
erstes Kind von zwei Kindern des
Volkswirts Dr. Dieter Elz und der
Lehrerin Ingeborg Elz, geb. Thomassin
- 1959 - 1965 Volksschulbesuch in Guelph, Kanada;
State College, U.S.A.; Heimschule
Christl Cranz im Allgäu; Höltyschule
Göttingen
- 1966 - 1971 Deutsches Gymnasium, Washington D.C.
- 1971 - 1973 Internatsschule Birklehof, humanisti-
sches Gymnasium, Hinterzarten
Reifeprüfung im Juni 1973
- 1974 - 1981 Medizinstudium an der Universität
Göttingen und an der Ludwig-Maximilians-
Universität München
- Juni 1981 Approbation als Ärztin
- April 1982 bis Tätigkeit als Assistenzärztin im
Januar 1983 Bezirkskrankenhaus Regensburg
- Februar 1983 bis Tätigkeit als Assistenzärztin im
Februar 1985 Bezirkskrankenhaus Gabersee,
bei Wasserburg
- seit März 1985 Tätigkeit als wissenschaftliche
Assistentin am Max-Planck-Institut
für Psychiatrie, München



